



Direzione Regionale: SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Ordinanza del Presidente

(con Firma Digitale)

N. **Z00065** del **05/11/2020**

Proposta n. 17114 del 05/11/2020

Oggetto:

Ordinanza ai sensi dell'articolo 32, comma 3 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica. Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.

Copia

Estensore

MADDALONI PAMELA

_____ firma elettronica _____

Responsabile del Procedimento

SPIGA GIUSEPPE

_____ firma elettronica _____

Il Dirigente d'Area

G. SPIGA

_____ firma digitale _____

Il Direttore Regionale

R. BOTTI

_____ firma digitale _____

L' Assessore

D'AMATO ALESSIO

_____ firma digitale _____

Oggetto: Ordinanza ai sensi dell'articolo 32, comma 3 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica. Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO

VISTO l'art. 32 della Costituzione;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6, recante "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza regionale";

VISTA la legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante "Istituzione del servizio sanitario nazionale" e, in particolare, l'art. 32 che dispone "il Ministro della sanità può emettere ordinanze di carattere contingibile e urgente, in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria, con efficacia estesa all'intero territorio nazionale o a parte di esso comprendente più regioni", nonché "nelle medesime materie sono emesse dal presidente della giunta regionale e dal sindaco ordinanze di carattere contingibile e urgente, con efficacia estesa rispettivamente alla regione o a parte del suo territorio comprendente più comuni e al territorio comunale";

VISTA la Determinazione n. G02738 del 13 marzo 2020 della Direzione Salute e Integrazione Socio sanitaria con la quale è stata istituita la Cabina di Regia per il reclutamento straordinario;

VISTO il decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante «Misure urgenti per contrastare l'emergenza epidemiologica da COVID-19» ed in particolare l'art. 2, comma 2 e l'art. 3, comma 1;

VISTO il decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della legge 14 luglio 2020, n.74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»;

VISTO il decreto-legge 30 luglio 2020, n. 83 recante "Misure urgenti connesse con la scadenza della dichiarazione di emergenza epidemiologica da COVID-19 deliberata il 31 gennaio 2020" che proroga fino al 15 ottobre lo stato di emergenza e le misure di contenimento dell'epidemia di cui ai decreti-legge 25 marzo 2020, n. 19 e 16 maggio 2020, n. 33;

VISTO il decreto-legge 7 ottobre 2020, n. 125, recante «Misure urgenti connesse con la proroga della dichiarazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 e per la continuità operativa del sistema di allerta COVID, nonché per l'attuazione della direttiva (UE) 2020/739 del 3 giugno 2020»;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 13 ottobre 2020, recante "Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19» pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana 13 ottobre 2020, n. 253;

VISTO Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 18 ottobre 2020 recante "Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla

legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19» pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana 18 ottobre 2020, n. 258;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24 ottobre 2020 recante “Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19» pubblicato nella Gazzetta ufficiale della Repubblica italiana n. 265 del 25 ottobre 2020;

VISTE le delibere del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, del 29 luglio 2020 e del 7 ottobre 2020 con le quali è stato dichiarato e prorogato lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

VISTA la dichiarazione dell'Organizzazione mondiale della sanità dell'11 marzo 2020 con la quale l'epidemia da COVID-19 è stata valutata come «pandemia» in considerazione dei livelli di diffusività e gravità raggiunti a livello globale;

CONSIDERATI l'evolversi della situazione epidemiologica, il carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia e l'incremento dei casi sul territorio nazionale;

VISTA l'Ordinanza del Ministero della Salute del 21 settembre 2020 che ha disposto ulteriori misure in relazione all'andamento epidemiologico su scala internazionale;

VISTO il documento recante “Prevenzione e risposta a Covid-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale” predisposto dal Ministero della Salute, dall'Istituto Superiore di Sanità, dal Coordinamento delle Regioni e Province Autonome che fornisce elementi generali per rafforzare la preparedness per fronteggiare le infezioni nella stagione autunno-inverno 2020-2021 (prot. 7474 del 12 ottobre 2020 Conferenza delle Regioni e delle Province autonome);

VISTE

l'Ordinanza del Presidente della Regione Lazio del 2 ottobre 2020, n. Z00062 recante ulteriori misure per la prevenzione e gestione del rischio di contagio e per l'implementazione delle sedi vaccinali;

la nota regionale U.0871153.12-10-2020 con la quale è stato trasmesso il Protocollo operativo per la distribuzione dei vaccini in Farmacia che, come previsto dall'ordinanza Z00062, indica che tale offerta vaccinale è rivolta ai cittadini con età compresa tra 18 e 59 anni, non appartenenti a categoria di rischio per patologia o esposizione professionale.

RITENUTO opportuno, per realizzare l'obiettivo di generale copertura vaccinale auspicata, disporre l'integrazione della distribuzione dei vaccini da parte delle Farmacie di cui al punto 4 dell'ordinanza n. 62/2020 anche ai soggetti dai 6 ai 17 anni, senza condizioni di rischio per patologia;

VISTA l'ordinanza del Presidente della Regione Lazio 28 ottobre 2020, n. Z00064;

CONSIDERATO che:

- la Regione Lazio ha ritenuto dettare Linee di indirizzo regionali relative al “Percorso assistenziale del paziente affetto da COVID-19”, allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e

sostanziale (Allegato 1), allo scopo di fornire indirizzi omogenei di presa in carico dei pazienti con malattia COVID-19 in ambito extraospedaliero;

- i commi 1, 2 e 3 dell'articolo 3 D.L. n. 18/2020, convertito con L. n. 27/2020 disciplinano in modo differenziato il coinvolgimento delle strutture private, accreditate e non, durante il periodo della Emergenza COVID, in modo integrato con le attività erogate dalle aziende pubbliche della regione, sia in termini di eventuale rimodulazione degli accordi contrattuali in essere, sia in termini di sinergia del personale delle stesse strutture private accreditate, sia in termini di uso dei locali e delle apparecchiature presenti nelle strutture;

- a seguito del regolare monitoraggio dei casi COVID-19 si rileva un costante aumento del numero di contagiati, registrato anche in correlazione all'aumento dell'attività di testing;

- come evidenziato nel documento del Ministero della Salute citato, sono necessarie sia misure non farmacologiche volte a rallentare la trasmissione del virus SARS-CoV-2, che misure di *preparedness* e, quindi, di potenziamento del contenimento già attuato e, in attesa dell'immunità, misure volte alla strutturazione di un sistema di convivenza e adattamento del Servizio Sanitario alla gestione delle patologie in modo combinato con il virus SARS-Cov-2, per pazienti positivi, spesso asintomatici o paucisintomatici, intervenendo sul numero di posti letto da mettere a disposizione della rete COVID-19 e disponendo la sospensione delle attività in elezione (ad eccezione degli interventi in classe A e B e quelli collegati all'assistenza oncologica) per tutte le strutture coinvolte nella rete dell'emergenza o comunque coinvolte nella gestione dei pazienti COVID-19;

- le stesse strutture avranno modo di gestire le liste d'attesa avvalendosi delle altre strutture sanitarie, anche private accreditate, secondo le modalità e i termini previsti dalla determinazione G12910 del 3 novembre 2020;

- il DCA 453 del 30 ottobre 2019 disciplina il piano regionale per la gestione del sovraccollamento nei Pronto soccorso;

- si presenta necessario, pertanto, intervenire con la ridefinizione della rete ospedaliera prevedendo le Azioni di FASE VIII secondo quanto previsto dal documento allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale (Allegato 2), che illustra il percorso e la specifica dei posti letto che le strutture sanitarie pubbliche e private sono tenute a mettere a disposizione del SSR per fronteggiare l'emergenza e prevenire il fenomeno del sovraccollamento, avendo cura di:

a) fornire entro lunedì 9 novembre 2020 il cronoprogramma per l'attuazione della configurazione;

b) assicurare entro lunedì 16 novembre 2020 l'operatività secondo la configurazione definita nell'allegato 2;

- in relazione alla peculiare situazione di emergenza epidemiologica connessa alla diffusione del Virus SARS CoV-2, con riferimento alla procedura per il recupero dell'evasione dei ticket sanitari di specialistica ambulatoriale e farmaceutica di cui al DCA n. 94 del 5 marzo 2019, si ritiene opportuno dare mandato alle Aziende Sanitarie Locali di provvedere all'interruzione del termine di prescrizione di cui all'art. 2946 del Codice civile, rinviando la richiesta di pagamento e la definizione delle modalità e dei termini entro cui produrre eventuale documentazione a discarico della pretesa alla conclusione dello stato di emergenza;

- l'art. 2 ter del D.L. 18/2020 convertito dalla Legge 27/2020 disciplina gli incarichi individuali a tempo determinato ai medici specializzandi iscritti all'ultimo e al penultimo anno del corso di scuola di specializzazione per il periodo emergenziale e l'art. 102 disciplina l'abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo all'esito della laurea e dell'idoneità conseguita al termine del tirocinio pratico-valutativo nell'ambito del corso di laurea medesimo;

- l'art. 1 commi 547, 548 e 548 bis della L. 145/2018 disciplina l'accesso alla dirigenza e l'assunzione anche dei medici specializzandi a partire dal penultimo anno;

- occorre contrastare la grave carenza di personale nelle Aziende e gli Enti del SSR impegnati nella gestione dell'emergenza sanitaria in atto con specifiche misure volte alla contrattualizzazione dei medici specializzandi;

- in data 30 ottobre 2020 col rep. Atti n. 177 è stata raggiunta l'intesa in sede di conferenza tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome sull'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. 502/1992;
- che tale accordo prevede il rafforzamento delle attività di diagnostica di primo livello e di prevenzione della trasmissione di SARS-CoV-2 e, ai fini dello sgravio dei compiti dei dipartimenti di prevenzione delle Aziende sanitarie e del miglioramento dei servizi in favore degli assistiti, il rafforzamento del servizio di indagine epidemiologica con il tracciamento dei contatti (contact tracing), l'accertamento per l'identificazione rapida dei focolai, l'isolamento dei casi e l'applicazione delle misure di quarantena;
- che a tale scopo è opportuno che i MMG e i PLS, nelle more della sottoscrizione dell'accordo integrativo regionale, ai fini dello sgravio dei compiti dei dipartimenti di prevenzione delle ASL impegnati nella gestione emergenziale su molteplici fronti, oltre che all'attuazione delle azioni di cui sopra, dispongono per i soggetti risultati positivi al Covid -19, il periodo di inizio e fine dell'isolamento e dispongono, per i contatti stretti di soggetti risultati positivi al Covid-19, il periodo di inizio e fine della quarantena, con conseguente adozione dei provvedimenti contumaciali, ad ogni effetto di legge e agli effetti previsti dall'articolo 1, commi 6 e 7 del D.L. 33/2020 convertito dalla Legge n. 74/2020;
- l'IRCCS Lazzaro Spallanzani è coinvolto come HUB di riferimento della rete pubblica, si ritiene opportuno intervenire con lo sgravio dei compiti, disponendo la sospensione delle attività ambulatoriali;

INFORMATO il CTS per le vie brevi del contenuto del presente provvedimento;

RITENUTO che le situazioni di fatto e di diritto fin qui esposte e motivate integrino le condizioni di eccezionalità ed urgente necessità di tutela della salute pubblica, volte a contrastare e contenere il diffondersi del virus

emana la seguente ordinanza:

1. si approvano quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento le Linee di indirizzo regionali relative al "Percorso assistenziale del paziente affetto da COVID-19" (Allegato 1) che dettano indirizzi omogenei di presa in carico dei pazienti con malattia COVID-19 in ambito extraospedaliero;
2. la rete ospedaliera è ridefinita secondo le Azioni di FASE VIII previste dal documento allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale (Allegato 2), che illustra il percorso e la specifica dei posti letto che le strutture sanitarie pubbliche e private sono tenute a mettere a disposizione del SSR per fronteggiare l'emergenza e prevenire il fenomeno del sovrappioppamento, avendo cura di:
 - a) fornire entro lunedì 9 novembre 2020 il cronoprogramma per l'attuazione della configurazione;
 - b) assicurare entro lunedì 16 novembre 2020 l'operatività secondo la configurazione definita nell'allegato 2;quanto alla remunerazione, si rinvia alla disciplina di cui alla DGR 689/2020;
Le Aziende Sanitarie possono, in ragione dell'efficiente utilizzo di personale e tecnologie, concentrare i posti letto individuati nell'allegato alla presente, su uno o più presidi di gestione diretta;
3. si dispone la sospensione delle attività in elezione (ad eccezione degli interventi in classe A e B e quelli collegati all'assistenza oncologica) per tutte le strutture coinvolte nella rete dell'emergenza o comunque coinvolte nella gestione dei pazienti COVID-19; le stesse avranno modo di gestire le liste d'attesa avvalendosi delle altre strutture sanitarie, anche private accreditate, secondo le modalità e i termini previsti dalla determinazione G12910 del 3 novembre 2020;

4. si dispone l'integrazione della distribuzione dei vaccini da parte delle Farmacie di cui al punto 4 dell'ordinanza n. 62/2020 anche ai soggetti dai 6 ai 17 anni, senza condizioni di rischio per patologia;
5. con riferimento alla procedura per il recupero dell'evasione dei ticket sanitari di specialistica ambulatoriale e farmaceutica di cui al DCA n. 94 del 5 marzo 2019, si dà mandato alle Aziende Sanitarie Locali di provvedere all'interruzione del termine di prescrizione di cui all'art. 2946 del Codice civile, rinviando la richiesta di pagamento e la definizione delle modalità e dei termini entro cui produrre eventuale documentazione a discarico della pretesa alla conclusione dello stato di emergenza;
6. la Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria per il tramite della Cabina di Regia per il reclutamento straordinario del personale, in coordinamento con l'unità di crisi regionale, avvia le procedure per il reclutamento straordinario dei medici specializzandi con modalità tali da garantire la compatibilità del servizio prestato con il debito formativo e preservando la borsa di studio, utili al conferimento di incarichi di lavoro subordinato a tempo determinato;
7. in linea con quanto previsto dall'ACN per i rapporti con i MMG e i PLS in termini di rafforzamento del servizio di indagine epidemiologica con il tracciamento dei contatti (contact tracing), l'accertamento per l'identificazione rapida dei focolai, l'isolamento dei casi e l'applicazione delle misure di quarantena, nelle more della sottoscrizione dell'accordo integrativo regionale:
 - i MMG e i PLS procedono all'esecuzione dei test antigenici presso i propri studi, le sedi messe a disposizione dalle Aziende sanitarie o presso altre sedi all'uopo individuate in raccordo con i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL;
 - i MMG e i PLS dispongono per i soggetti risultati positivi al Covid -19, il periodo di inizio e fine dell'isolamento con conseguente adozione del provvedimento contumaciale;
 - i MMG e i PLS dispongono, per i contatti stretti di soggetti risultati positivi al Covid-19, il periodo di inizio e fine della quarantena, con conseguente adozione del provvedimento contumaciale,ad ogni effetto di legge e agli effetti previsti dall'articolo 1, commi 6 e 7 del D.L. 33/2020 convertito dalla Legge n. 74/2020; si dà mandato alla Direzione salute in coordinamento con l'unità di crisi la disciplina delle modalità operative ritenute necessarie;
8. si dispone lo sgravio delle attività dell'IRCCS Lazzaro Spallanzani sospendendo le attività ambulatoriali.

Le disposizioni della presente ordinanza producono effetto dalla data di pubblicazione.

La presente ordinanza è pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Lazio; è pubblicata, altresì, sul sito istituzionale dell'amministrazione regionale. La pubblicazione ha valore di notifica individuale, a tutti gli effetti di legge.

La presente ordinanza, per gli adempimenti di legge, viene trasmessa al Presidente del Consiglio dei Ministri, al Ministro della Salute, ai Prefetti con richiesta di trasmissione ai Sindaci dei Comuni del Lazio.

Avverso la presente ordinanza è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale nel termine di sessanta giorni dalla comunicazione, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi.

Il Presidente
Nicola Zingaretti



REGIONE
LAZIO

Percorso assistenziale del paziente affetto da COVID-19

- Linee di Indirizzo Regionali -

Copia

Premessa

L'andamento crescente della curva epidemiologica da COVID-19 si accompagna ad un importante impegno dell'assistenza ospedaliera rendendo necessario **disporre rapidamente di posti letto di Terapia Intensiva e di ricovero ordinario multidisciplinare** per i pazienti con malattia COVID-19 (di seguito Pazienti COVID) **presso gli ospedali per acuti, interamente o parzialmente dedicati**.

Il Servizio Sanitario Regionale garantisce una **presa in carico integrata e circolare** dal territorio all'ospedale e viceversa, con il ricorso a modalità assistenziali territoriali (domicilio, alberghi assistiti, UDI, ecc.) e tecnologiche (piattaforma COA, LazioDoctor per COVID, LazioADVCE, ecc.), mediante un percorso assistenziale sicuro e protetto che individua un responsabile clinico per ciascuna fase. Obiettivo di questo documento è quello di delineare gli indirizzi omogenei di presa in carico dei pazienti con malattia COVID-19 (Box 1), con particolare riferimento all'assistenza in ambito extraospedaliero.

I **pazienti con malattia COVID-19 lieve e moderata** come da indicazioni OMS^{1,2} devono essere preferibilmente destinati a setting di presa in carico di primo livello (domicilio, alberghi assistiti, RSA, lungodegenze, UDI, ecc.). Questa decisione dipenderà dalla presentazione clinica (es. condizioni di stabilità clinica e senza desaturazione a riposo o dopo sforzo), dalla presenza di comorbidità, dalla necessità di cure di supporto e dai potenziali fattori di rischio per malattie gravi. In caso di pazienti ricoverati in ospedale che presentino una fase di progressione clinica stabile o in remissione (Box 2), dovrà essere presa in considerazione la dimissione a domicilio o il trasferimento ad altro setting al 10° giorno dalla comparsa dei sintomi. Tale provvedimento è fondamentale per assicurare un turnover utile a riservare l'ospedalizzazione ai casi che necessitano di ricovero.

I **pazienti con malattia COVID-19 severa e critica**^{1,2} (polmonite severa o sindrome da distress respiratorio acuto o sepsi o shock settico) dovranno essere assistiti in setting di secondo livello costituito dagli ospedali della rete.

La **decisione del setting assistenziale** è in capo al clinico di riferimento (MMG/PLS, medico di PS, medico di reparto, ecc.). Considerato l'andamento epidemiologico non è più necessario il ricorso al teleconsulto infettivologico ADVCE dell'INMI Spallanzani per ogni paziente valutato in PS/DEA. Qualora il medico di PS ritenga che per il paziente sia necessario il ricovero ospedaliero dovrà provvedere all'inserimento del nominativo e delle informazioni richieste nella piattaforma dei posti letto COVID-19 di Area Critica, senza necessità di consulenza infettivologica ADVCE, che rimane disponibile per un supporto specialistico per casi clinici realmente dubbi.

La piattaforma **LazioADVCE** collegata a **LazioDoctor per COVID** e integrata con il flusso informativo **ECV** (DEP-SeReSMI), rappresenta lo strumento fondamentale per il monitoraggio e l'assistenza delle persone interessate dall'emergenza COVID-19. In essa sono presenti tutti i dati dei casi positivi in isolamento come quelli dei contatti stretti in quarantena. Tale piattaforma deve essere fortemente promossa dagli attori regionali ed adottata dai pazienti in primis quale "App" funzionale alla sorveglianza e monitoraggio; la piattaforma sottostante sarà tempestivamente alimentata, aggiornata e costantemente monitorerà il percorso del paziente COVID-19 nella fase non critica.

In caso di isolamento domiciliare o altro setting territoriale, il paziente è monitorato in telesorveglianza attraverso la piattaforma LazioADVCE, inserendo le informazioni sul proprio stato di salute attraverso:

- l'uso diretto dell'app Lazio Doctor per COVID
- il supporto telefonico fornito dal proprio MMG/PLS, ovvero dal MCA nei fine settimana, dal Coordinatore Distrettuale COVID-19 con le sue articolazioni/opzioni organizzative (es. API, CO, ADI, ecc.) o dalla Centrale Operativa Regionale (800 118 800).

¹ Circolare Ministero Salute 0032732 del 12 ottobre 2020

² <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332196/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Box 1. Classificazione della gravità delle manifestazioni cliniche da COVID-19 dell'OMS ³		
Classificazione di gravità	Principali manifestazioni cliniche	Descrizione
Malattia lieve	-	Pazienti sintomatici che soddisfano i criteri di caso COVID-19 senza evidenza di polmonite virale o ipossia.
Malattia moderata	polmonite	Adolescenti o adulti con segni clinici di polmonite (febbre, tosse, dispnea, respirazione veloce) ma nessun segno di polmonite grave, che include SpO ₂ ≥90% in aria ambiente. Bambino con segni clinici di polmonite non severa (tosse o difficoltà respiratoria + tachipnea e/o dispnea) e nessun segno di polmonite severa. Tachipnea (in respiri/min): <2 mesi: ≥ 60; 2-11 mesi: ≥50; 1-5 anni: ≥40. Benché la diagnosi può essere posta solo sulla base del quadro clinico, le indagini radiologiche (radiografia, TAC, ecografia) possono aiutare nella diagnosi e identificare o escludere complicanze polmonari.
Malattia severa	Polmonite severa	Adolescente o adulto con segni clinici di polmonite (febbre, tosse, dispnea, tachipnea) più uno dei seguenti fattori: frequenza respiratoria > 30 respiri/min; grave difficoltà respiratoria o SpO ₂ <90% in aria ambiente Bambino con segni clinici di polmonite (tosse o difficoltà respiratoria) + almeno uno dei seguenti: - cianosi centrale o SpO ₂ <90%; grave difficoltà respiratoria (es. tachipnea, grunting, rientramenti toracici); segni generali di gravità: difficoltà a bere o all'allattamento, letargia o stato di incoscienza o convulsioni. - tachipnea (in respiri/min): <2 mesi: ≥ 60; 2-11 mesi: ≥50; 1-5 anni: ≥40 Benché la diagnosi può essere posta solo sulla base del quadro clinico, le indagini radiologiche (radiografia, TAC, ecografia) possono aiutare nella diagnosi e identificare o escludere complicanze polmonari.
Stato critico di malattia	Sindrome da distress respiratorio acuto (ABMPO)	Esordio: entro 1 settimana da un evento clinico noto (es. polmonite) o di nuova insorgenza o peggioramento dei sintomi respiratori. Radiologia del polmone: radiografia, TAC o ecografia polmonare: opacità bilaterale, non completamente spiegata dal sovraccarico di volume, collasso lobare o polmonare, o noduli. Origine degli infiltrati polmonari: insufficienza respiratoria non completamente spiegata da insufficienza cardiaca o sovraccarico di liquidi. Necessità di una valutazione oggettiva (es. ecocardiografia) per escludere la causa idrostatica di infiltrazioni/ edema, se fattore di rischio non presente. Riduzione dell'ossigenazione negli adulti: - ABMPO lieve: 200 mmHg < PaO ₂ /FiO ₂ ≤ 300 mmHg (con PEEP o CPAP ≥ 5 cmH ₂ O). - ABMPO moderata: 100 mmHg < PaO ₂ /FiO ₂ ≤ 200 mmHg (con PEEP ≥ 5 cmH ₂ O). - ABMPO severa: PaO ₂ /FiO ₂ ≤ 100 mmHg (con PEEP ≥ 5 cmH ₂ O). Riduzione dell'ossigenazione nei bambini: OI e OSI. Usare OI quando disponibile. Se PaO ₂ non disponibile, modulare la FiO ₂ per mantenere SpO ₂ ≤ 97% per calcolare OSI o il rapporto SpO ₂ /FiO ₂ : - Pressione positiva bifasica (NIV o CPAP) ≥ 5 cm H ₂ O tramite maschera facciale: PaO ₂ /FiO ₂ ≤ 300 mmHg o SpO ₂ /FiO ₂ ≤ 264. - ABMPO lieve (ventilazione invasiva): 4 ≤ OI < 8 o 5 ≤ OSI < 7,5. - ABMPO moderato (ventilazione invasiva): 8 ≤ OI < 16 o 7,5 ≤ OSI < 12,3. - ABMPO gravi (ventilazione invasiva): OI ≥ 16 o OSI ≥ 12,3.
Stato critico di malattia	Sepsi	Adulti: disfunzione d'organo acuta con pericolo di vita causata da una disregolazione della risposta dell'ospite a una sospetta o comprovata infezione. Segni di disfunzione d'organo includono: alterazione dello stato mentale, respirazione difficoltosa o tachipnea, ridotta saturazione di ossigeno, riduzione della diuresi, aumento della frequenza cardiaca, polso debole, estremità fredde o bassa pressione sanguigna, macchie cutanee, evidenza di coagulopatia da esami di laboratorio, trombocitopenia, acidosi, aumento del lattato o iperbilirubinemia. Bambini: sospetta o dimostrata infezione e ≥ di 2 criteri della sindrome da risposta infiammatoria (SIRS) sistemica età correlata, di cui uno deve essere alterazione della temperatura o del numero di globuli bianchi.
	Shock settico	Adulti: ipotensione persistente nonostante il ripristino del volume sanguigno, che richiede vasopressori per mantenere MAP ≥ 65 mmHg e livello di lattato siero > 2 mmol/L. Bambini: qualsiasi grado di ipotensione (SBP < 5° centile o > 2 SD sotto il limite di norma per età) o due o tre dei seguenti criteri: alterazione dello stato mentale; bradicardia o tachicardia (HR < 90 bpm o > 160 bpm nei neonati e frequenza cardiaca < 70 bpm o > 150 bpm nei bambini); aumento del riempimento capillare (> 2 sec) o polso debole; tachipnea; cute marmorata o fredda o con petecchie o rash purpurico; elevati livelli di lattato; riduzione della diuresi; ipertermia o ipotermia.

³ Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale - Approfondimento complementare ai documenti generali già resi pubblici su preparedness, pianificazione e contesti specifici – ISS, Ministero della Salute, Circolare 0032732 del 12 ottobre 2020

Tramite la piattaforma LazioADVISE è possibile effettuare inoltre il telemonitoraggio mediante kit dedicati collegati alla piattaforma. Tutti gli attori del SSR (specialisti ospedalieri, MMG/PLS/MCA, Coordinatori Distrettuale COVID-19, ecc.), ad ogni contatto con gli assistiti, devono:

- invitare le persone all'utilizzo delle app IMMUNI e Lazio Doctor per COVID come strumenti di supporto a contact tracing e telesorveglianza,
- utilizzare e monitorare costantemente la piattaforma LazioADVISE, verificando, ed eventualmente alimentando, gli aggiornamenti dei dati e delle informazioni dei singoli utenti,
- supportare gli assistiti nell'utilizzo delle app.

Per l'età pediatrica, l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (OPBG) offre un servizio di consulto telefonico attivo 24 ore, al numero telefonico 06 68592088, destinato a MMG/PLS e medici della rete ospedaliera regionale. Tramite tale numero telefonico è possibile il contatto, se necessario, con tutti i diversi Specialisti e Consulenti pediatrici presenti in Ospedale e provvedere all'invio al DEA/PS, tramite percorso concordato, dei casi sospetti/confermati per i quali si renda necessario un accesso in Ospedale sulla base delle condizioni cliniche.

Box 2. Progressione clinica⁴

Tra i pazienti che sviluppano una malattia grave, il tempo mediano dall'insorgenza della malattia o dei sintomi alle forme complicate può variare come di seguito descritto:

- ❖ dispnea: da 5 a 8 giorni,
- ❖ sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS): da 8 a 12 giorni,
- ❖ ricovero in terapia intensiva: da 10 a 12 giorni.

I medici devono essere quindi consapevoli della possibilità che alcuni pazienti vadano incontro rapidamente a gravi complicanze una settimana dopo l'insorgenza della malattia.

Indicazioni di percorso assistenziale per pazienti affetti da COVID-19

I **pazienti con malattia COVID-19 attiva, lieve e moderata**, devono essere preferibilmente destinati a *setting* di presa in carico di primo livello (domicilio, alberghi assistiti, RSA, lungodegenze, UDI, ecc.).

Deve essere promossa l'adozione da parte della popolazione di strumenti di misura della SpO₂ marchiati CE, anche di tipo non ospedaliero, quali braccialetti o pulsossimetri digitali: tali strumenti di misura potrebbero essere utili in situazioni di valutazione da remoto, anche se non strettamente integrati con le piattaforme regionali.

Per la gestione dei pazienti in *setting* di primo livello vanno considerati i seguenti **criteri**⁵:

1. Condizione di stabilità clinica e assenza di comorbidità gravi e in atto, anche in presenza di febbre fino a 38°C,
2. Saturazione a riposo $\geq 95\%$ o dopo sforzo sub massimale (es. 6 minute walking test) $\geq 93\%$.
Nei pazienti anziani con comorbidità (es. BPCO, apnea notturna, enfisema o altro) le soglie si riducono in considerazione della baseline, nota al paziente e al suo curante, per questo motivo la soglia d'allarme in questi pazienti può essere rappresentata da valori $\leq 90\%$.
3. Assenza di necessità di cure di supporto, anche non legate alla infezione da SARS-CoV-2, da erogare in esclusivo regime di ricovero.

La proposta del *setting* assistenziale è di competenza del medico che ha in cura il paziente, dipende dal quadro sintomatologico e dalla fase clinica (es. condizioni di stabilità clinica e senza desaturazione a riposo o dopo

⁴ Interim Clinical Guidance for Management of Patients with Confirmed Coronavirus Disease (COVID-19), CDC. Updated Oct. 27, 2020: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>

⁵ La terapia in corso con REMDESIVIR rappresenta un criterio di esclusione alla dimissione verso *setting* di presa in carico di primo livello fino a conclusione della terapia stessa.

sforzo), dalla presenza di comorbidità, dalla necessità di cure di supporto e dai potenziali fattori di rischio per deterioramento clinico (inclusa l'età ≥ 65 anni).

Il responsabile della gestione clinica del paziente con malattia lieve-moderata in setting di primo livello è rappresentato dal **MMG/PLS** per le gestioni domiciliari, dal **medico di struttura** per le residenze assistite, UDI, RSA, ecc.

Il **Coordinamento Distrettuale COVID-19** è costantemente aggiornato sui casi gestiti a livello territoriale e garantisce il coinvolgimento e l'integrazione di tutte le attività e i servizi distrettuali da dedicare alla gestione del COVID-19 nel proprio territorio.

La **Direzione Strategica della ASL** dovrà garantire il servizio di *teleconsulto specialistico* come strumento di supporto per il responsabile clinico del paziente affetto da COVID-19, assistito in ambito extra-ospedaliero, utilizzando il sistema di videoconferenza regionale Salute Digitale, raggiungibile al link <https://jitsi.l.regione.lazio.it>, secondo le modalità descritte nei Cap 8 e 9 dell'Allegato I del Decreto del Commissario ad Acta del 22 luglio 2020 "Attivazione servizi di telemedicina in ambito specialistico e territoriale. Aggiornamento del Catalogo Unico Regionale (CUR)". I punti di erogazione, i loro orari e le afferenze territoriali per il ricorso al teleconsulto saranno definite dalle ASL e comunicate ai referenti clinici territoriali e delle strutture assistite.

La piattaforma LazioDoctor/LazioADVICE è lo strumento utilizzato per il monitoraggio del paziente nei diversi setting assistenziali e il Coordinatore Distrettuale COVID-19, territorialmente competente per residenza/domicilio dell'assistito, monitora l'effettivo utilizzo dell'applicazione e attiva gli interventi di sorveglianza, in presenza e a distanza, nel caso di assenza di dati aggiornati sulla piattaforma.

In caso di peggioramento delle condizioni cliniche del paziente tali da non garantire la gestione a domicilio/struttura (es. grave dispnea, desaturazione a riposo $< 95\%$ o dopo sforzo sub massimale - *6 minute walking test* - $< 93\%$) deve essere immediatamente valutato il trasferimento in PS/DEA con mezzo del 118.

Processi di dimissione assistita

I pazienti con malattia COVID-19 lieve e moderata, ricoverati in ospedale e in condizioni di stabilità clinica, devono essere quotidianamente rivalutati per loro eventuale dimissione in setting di primo livello (cd dimissione assistita). In particolare dovrà essere favorita la dimissione assistita di quei pazienti che dimostrino una condizione di stabilità clinica o di miglioramento al 10° giorno dalla comparsa dei sintomi.

La dimissione assistita è caratterizzata da 5 processi fondamentali:

1. Identificazione dei pazienti da dimettere e del setting di dimissione
2. Modalità di dimissione assistita
3. Presa in carico del paziente da parte del territorio
4. Valutazione dello stato di salute del paziente
5. Supervisione e controllo delle attività di dimissione assistita.

Sarà possibile per le ASL adeguare i presenti processi e le relative linee di responsabilità alle condizioni organizzative locali.

1. Identificazione dei pazienti da dimettere e del setting di dimissione

Attori	Medico ospedaliero di reparto o PS/DEA, Bed Manager di Presidio Ospedaliero (BMPO), Centrale Operativa Aziendale (COA).
Attività	<p><i>Il Medico ospedaliero di reparto o PS/DEA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - identifica il paziente che può essere dimesso dalla struttura ospedaliera sulla base dei criteri di dimissione assistita del paziente COVID-19, - compila apposita scheda informatizzata di dimissione, con tutte le informazioni cliniche riguardanti il paziente, da inviare al BMPO, - propone al BMPO il <i>setting</i> assistenziale appropriato per la dimissione del paziente, <p><i>Il BMPO:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - inserisce sulla piattaforma COA il nominativo del paziente da inviare in dimissione assistita e in modo dettagliato le informazioni richieste come da modulo online, - comunica alla COA in tempo reale l'eventuale rinuncia al posto richiesto.
Strumento	scheda informatizzata di dimissione Piattaforma COA (https://www.regione.lazio.it/isol_fiduciario/login_ie.php)

2. Modalità di dimissione assistita

Attori	Medico ospedaliero di reparto o PS/DEA; Bed Manager di Presidio Ospedaliero (BMPO), Bed Manager Aziendale ASL di residenza/domicilio dell'assistito; Coordinatore Distrettuale COVID-19 ASL di residenza/domicilio; COA.
Attività	<p>Paziente da dimettere al domicilio</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Il BMPO</i> contatta telefonicamente il Bed Manager della ASL di riferimento per domicilio o residenza del paziente (tabella 1) e comunica la necessità di presa in carico territoriale della persona con malattia lieve-moderata; ▪ <i>Il Bed Manager Aziendale</i> riceve notifica sulla piattaforma COA dell'assegnazione del caso e può valutare, attraverso le informazioni ricevute e la scheda del paziente, la congruità della richiesta; ▪ <i>Il BMPO</i> riceve notifica, tramite piattaforma, dell'assegnazione del caso al Bed Manager; ▪ <i>Il Bed Manager Aziendale</i>, nel caso di non congruità della richiesta, contatta il BMPO per rivalutare il caso; ▪ <i>Il Bed Manager Aziendale</i>, valutata la congruità della richiesta, telefona al Coordinatore Distrettuale COVID-19, individuato da ciascuna ASL su richiesta della Regione (nota prot. N. 0294221 del 08/04/2020) (tabella 2); ▪ <i>Il Coordinatore Distrettuale COVID-19</i> attiva la presa in carico del paziente, attraverso le risorse organizzative disponibili (MMG/PLS, API, ADI, USCAR, ecc.), dandone immediata comunicazione al suo MMG/PLS; ▪ <i>Il Medico ospedaliero</i> consegna al BMPO e al paziente la lettera di dimissione con tutti i dati utili; il BMPO li trasferisce al MMG/PLS in qualità di responsabile clinico territoriale e al Coordinatore Distrettuale COVID-19 per l'attivazione della presa in carico. Sarà cura del Medico ospedaliero dimettente garantire la terapia farmacologica necessaria per almeno 7 giorni dalla dimissione. <p>Paziente da dimettere in una struttura assistita</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Il Medico ospedaliero</i> <ul style="list-style-type: none"> - consegna al BMPO e al paziente la lettera di dimissione con tutti i dati utili alla successiva valutazione da parte del medico responsabile della presa in carico territoriale,

	<ul style="list-style-type: none"> - dimette il paziente assicurandosi che lo stesso sia dotato dell'eventuale terapia farmacologica per almeno 7 giorni; - si accerta del possesso di un valido documento di identità da parte del paziente utile all'identificazione nella struttura di destinazione; ▪ <i>La COA⁶</i> valuta la richiesta e il livello assistenziale indicato dal BMPO (albergo, strutture intermedie, UDI, RSA, ecc.) e attribuisce conseguentemente al paziente la struttura di destinazione, inserendola nella piattaforma; ▪ <i>La piattaforma</i> comunica automaticamente al BMPO, alla Struttura di destinazione e al Bed Manager della ASL di residenza la valutazione e la destinazione; ▪ <i>Il Bed Manager</i> della ASL informa il Coordinatore Distrettuale COVID-19 di residenza; ▪ <i>Il BMPO</i> comunica alla COA l'eventuale ritardo nell'invio della persona alla struttura assistita.
Strumento	Piattaforma COA (https://www.regione.lazio.it/isol_fiduciario/login_ie.php)

3. Presa in carico territoriale del paziente

Attori	Coordinatore Distrettuale COVID-19; MMG/PLS/altro personale medico; API; ADI (erogazione diretta o soggetto accreditato); Referente sanitario di struttura (albergo, strutture intermedie, UDI, RSA, ecc.); Paziente.
Attività	<p>Paziente al Domicilio</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Il Coordinatore Distrettuale COVID-19</i> <ul style="list-style-type: none"> - attiva la valutazione clinica per individuare il bisogno assistenziale del paziente a domicilio entro 24 ore dalla dimissione dalla struttura ospedaliera; - identifica il MMG/PLS come responsabile della presa in carico del paziente, solo in uno stato di necessità può attivare altro personale medico come responsabile della presa in carico del paziente; - può attivare per l'erogazione dell'assistenza al domicilio del paziente secondo le necessità i servizi ADI, USCAR, API, ecc.; ▪ <i>Il MMG/PLS</i>, o altro medico responsabile della presa in carico, può richiedere al Coordinatore Distrettuale COVID-19 il ricorso all'albergo assistito qualora riscontrasse condizioni personali, sociali o abitative non idonee all'isolamento domiciliare del paziente (percorso paziente dimesso non al domicilio); <p>Paziente in una struttura assistita</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Il Referente sanitario di struttura</i> attiva la valutazione clinica del paziente, dotato della documentazione clinica prevista (lettera di dimissione del reparto/cartella clinica di PS) e di documento di riconoscimento, al suo ingresso nella struttura; ▪ <i>Il Referente sanitario di struttura</i>, appositamente incaricato della gestione di tali dati, attiva il sistema di telesorveglianza mediante la piattaforma regionale LazioADVICE collegato alla app Lazio Doctor per COVID.
Strumento	Sistema di teleconsulto specialistico e televisita Salute Digitale; App Lazio Doctor per COVID; Piattaforma LazioADVICE.

⁶ La COA attualmente competente per la gran parte delle attività di dimissione assistita è la COA della ASL Roma I, a regime saranno coinvolte tutte le COA Aziendali, come da recenti indicazioni regionali

4. Valutazione dello stato di salute del paziente

Attori	<p>Coordinatore Distrettuale COVID-19; MMG/PLS o altro medico responsabile; paziente; API; ADI; Referente sanitario di struttura (alberghi assistiti, RSA, UDI, ecc.).</p>
Attività	<p>Paziente al domicilio</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ il MMG/PLS, o il medico individuato dal Coordinatore Distrettuale COVID-19, utilizza la piattaforma regionale LazioADVICE, collegata alla App Lazio Doctor per COVID ed agli eventuali dispositivi di telemonitoraggio, per effettuare la telesorveglianza; ▪ il <i>paziente adulto</i>, se è in grado di utilizzare l'App Lazio Doctor per COVID in autonomia, inserisce giornalmente i parametri, anche in caso di stazionarietà degli stessi (<i>zero reporting</i>); ▪ qualora il paziente non sia in grado di utilizzare autonomamente l'App Lazio Doctor per COVID, oppure in caso di paziente di minore età, il MMG/PLS o il medico individuato dal Coordinatore Distrettuale COVID-19, garantisce l'aggiornamento giornaliero dei parametri del paziente, anche in caso di stazionarietà dei valori rilevati (<i>zero reporting</i>). ▪ il MMG/PLS o altro medico responsabile, e comunque il Coordinatore Distrettuale COVID-19, verifica quotidianamente il livello di aggiornamento dei parametri nella piattaforma LazioADVICE; ▪ il <i>Coordinatore Distrettuale COVID-19</i>, in caso di mancato aggiornamento dei parametri di cui al punto precedente, dovrà contattare il paziente per verificarne lo stato di salute ed invitarlo ad aggiornare i propri parametri all'interno della App Lazio Doctor per COVID; ▪ il MMG/PLS potrà chiedere al Coordinatore Distrettuale COVID-19, se non già presente al domicilio, l'assegnazione per il proprio paziente di un saturimetro semplice, ovvero di un saturimetro collegato al kit di telemonitoraggio collegato al sistema LazioADVICE. ▪ il MMG/PLS, o il Coordinatore Distrettuale COVID-19 in caso di necessità, potrà inoltre attivare una televisita tramite i sistemi LazioDoctor e LazioADVICE, oppure tramite PC mediante la piattaforma Salute Digitale (raggiungibile al link jitsi1.regione.lazio.it); ▪ il MMG/PLS, o il Coordinatore Distrettuale COVID-19, in caso di necessità, può attivare il servizio della ASL per il teleconsulto utilizzando il sistema di videoconferenza regionale Salute Digitale⁷; ▪ il MMG/PLS o altro medico responsabile individuato dal Coordinatore Distrettuale COVID-19 dispone dell'immediato trasferimento in PS/DEA con mezzo 118 in caso di peggioramento delle condizioni cliniche del paziente tali da non garantire la gestione a domicilio, ovvero in presenza di grave dispnea, o desaturazione a riposo (<95%) o dopo sforzo sub massimale, come ad esempio durante il 6 minute walking test (<93%). Nei pazienti anziani con comorbidità (es. BPCO, apnea notturna, enfisema o altro) le soglie si riducono in considerazione della baseline, nota al paziente e al suo curante; per questo motivo la soglia d'allarme in questi pazienti può essere rappresentata da valori ≤90%. <p>Paziente in una struttura assistita</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il <i>Referente Sanitario della Struttura</i>, appositamente incaricato dalla Direzione Sanitaria e supportato dal personale medico e infermieristico di struttura:

⁷ Raggiungibile link <https://jitsi1.regione.lazio.it/> secondo le modalità descritte nei Cap 8 e 9 dell'Allegato I Decreto del Commissario ad Acta del 22 luglio 2020 "Attivazione servizi di telemedicina in ambito specialistico e territoriale. Aggiornamento del Catalogo Unico Regionale (CUR)"

	<ul style="list-style-type: none"> - verifica quotidianamente il livello di aggiornamento dei parametri nella piattaforma LazioADVICE; - registra, nella scheda paziente, orario e posologia dei farmaci somministrati, messi a disposizione dalla struttura ospedaliera dimettente per sette giorni, e le note di diario clinico in presenza di eventi o condizioni cliniche da segnalare. Le terapie somministrabili nelle strutture assistite sono per via orale, sottocutanea e intramuscolare. La somministrazione di ossigeno è prevista con un livello massimo di 2 litri/minuto. In allegato al presente documento è allegata la procedura per la richiesta di ossigeno relativa al singolo paziente; - può chiedere al Coordinatore Distrettuale COVID-19 di riferimento della struttura, se non già disponibile, l'assegnazione per il proprio paziente di un saturimetro semplice, ovvero di un saturimetro collegato al kit di telemonitoraggio collegato alla piattaforma LazioADVICE; - in caso di necessità, può attivare il servizio di teleconsulto specialistico della ASL, utilizzando il sistema di videoconferenza regionale Salute Digitale⁷. - dispone l'immediato trasferimento in PS/DEA con mezzo 118 in caso di peggioramento delle condizioni cliniche del paziente tali da non garantire la gestione in struttura, ovvero in presenza di grave dispnea, o desaturazione a riposo (<95%) o dopo sforzo sub massimale, come ad esempio durante il <i>6 minute walking test</i> (<93%). Nei pazienti anziani con comorbidità (es. BPCO, apnea notturna, enfisema o altro) le soglie si riducono in considerazione della baseline, nota al paziente e al suo curante; per questo motivo la soglia d'allarme in questi pazienti può essere rappresentata da valori $\leq 90\%$; - comunica alla COA e al Coordinatore Distrettuale COVID-19 di residenza/domicilio del paziente la dimissione o il trasferimento in altro <i>setting</i> assistenziale. La dimissione verso il domicilio o altro <i>setting</i> assistenziale è attuata in relazione alle indicazioni contenute nella nota del Ministero della Salute n. 0032850 del 12/10/2020 con oggetto "COVID-19: indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena". La valutazione dell'eventuale prolungamento dell'isolamento è attuata dal Medico della Struttura che può coinvolgere Il Coordinatore Distrettuale COVID-19 territorialmente competente della struttura assistita per ulteriori valutazioni sulla sorveglianza. <p>▪ Il paziente può lasciare la struttura prima del completamento del periodo di isolamento solo dopo aver dichiarato di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mantenere l'isolamento fiduciario; - avere un domicilio dotato delle opportune condizioni ambientali; - disporre di un sistema di trasporto adeguato per il ritorno a domicilio; - attivare le App IMMUNI - iscriversi ed attivare la App Lazio Doctor per COVID.
Strumento	Piattaforma regionale LazioADVICE; App IMMUNI e Lazio Doctor per COVID; Piattaforma COA; Salute Digitale

5. Supervisione e controllo delle attività di dimissione assistita

Attori	<p>Medico ospedaliero di reparto o PS/DEA BMPO; Bed Manager Aziendale di ASL di residenza/domicilio Coordinatore distrettuale COVID-19; MMG/PLS o altro medico responsabile; API.</p>
Attività	<p>Identificazione dei pazienti da dimettere</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ il <i>BMPO</i> verifica quotidianamente nei reparti del proprio presidio ospedaliero la presenza di pazienti dimissibili in modalità assistita; ▪ il <i>Medico ospedaliero di reparto o PS/DEA</i> verifica quotidianamente la presenza di pazienti da dimettere in modalità assistita nel proprio reparto. <p>Modalità di dimissione assistita</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ il <i>BMPO</i> fa una verifica di secondo livello in merito a: <ul style="list-style-type: none"> - completezza delle informazioni nella lettera di dimissioni, - consegna della terapia farmacologica per i successivi 7 giorni, ▪ Il <i>Coordinatore Distrettuale COVID-19</i>: <ul style="list-style-type: none"> - verifica giornalmente le notifiche di nuovi inserimenti in piattaforma tra i propri assistiti pervenute nelle 24 ore precedenti; - contatta il <i>Bed Manager Aziendale</i>, o la <i>COA</i> qualora necessario, per comprendere le motivazioni del ritardo di attivazione di percorso di dimissione al domicilio; ▪ il <i>Bed Manager Aziendale</i> valuta la congruità della richiesta della dimissione assistita (e notifica in piattaforma) e informa tempestivamente il <i>Coordinatore Distrettuale COVID-19</i>. <p>Presenza in carico del paziente da parte del territorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il <i>Coordinatore Distrettuale COVID-19 di residenza</i> verifica la presa in carico del paziente a domicilio da parte del <i>MMG</i> o altro medico responsabile designato, avvalendosi anche di <i>ADI</i>, <i>USCAR</i>, <i>API</i>, monitorando l'effettiva partecipazione di <i>MMG/PLS</i> alla presa in carico dei propri assistiti; ▪ Il <i>Coordinatore Distrettuale COVID-19 di riferimento della struttura</i> verifica la presa in carico del paziente nelle strutture assistite da parte del <i>Referente Sanitario della Struttura</i>. <p>Valutazione dello stato di salute del paziente</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il <i>Coordinatore Distrettuale COVID-19</i> verificando che i pazienti stiano utilizzando la app <i>LazioDoctor</i> per <i>COVID</i>, riceve quotidianamente l'aggiornamento dei parametri nella piattaforma <i>LazioADVICE</i> sia in caso di paziente al domicilio che presso struttura territoriale; in caso di mancato aggiornamento, contatta/fa contattare il paziente per verificarne lo stato di salute ed invitarlo ad aggiornare i propri parametri all'interno della app <i>Lazio Doctor</i> per <i>COVID</i>, avvalendosi del responsabile clinico individuato.
Strumento	Piattaforma regionale LazioADVICE

Informazioni per il paziente

I pazienti con malattia COVID-19 lieve e moderata dimessi a domicilio o in una struttura assistita verranno monitorati secondo le modalità previste dal presente documento fino al completamento del periodo di isolamento e, in caso di necessità, trasferito al setting assistenziale più appropriato per la sua condizione clinica.

La persona positiva per COVID-19 in questo periodo di isolamento deve attuare in qualsiasi *setting*, le seguenti attenzioni:

- Utilizzare le misure di protezioni previste (mascherina e guanti) quando utilizzi ambienti comuni e mantenere la distanza di 1 metro in presenza di altre persone;
- Attivare le App IMMUNI e Lazio Doctor per COVID, e su quest'ultima registrare giornalmente i parametri richiesti, oltre a registrare i siti per il teleconsulto;
- Misurare ed inserire in LazioDoctor per COVID due volte al giorno la temperatura, la frequenza cardiaca e la saturazione di ossigeno (anche tramite dispositivi CE acquistati autonomamente dal mercato al dettaglio) e comunque in qualsiasi momento presenti segni di affaticamento;
- Avere a disposizione farmaci antipiretici e i farmaci prescritti;
- Disporre dei numeri di telefono del Coordinatore Distrettuale COVID-19, MMG/PLS, Medico della struttura assistita, e di Emergenza Sanitaria.

Le informazioni per una gestione consapevole del periodo di isolamento sono contenute nella Carta della Dimissione Assistita del paziente COVID-19, che deve essere consegnata al momento della sua dimissione.

Gestione dei farmaci e dell'ossigeno presso le strutture alberghiere

La gestione farmacologica degli assistiti COVID-19 ospitati presso strutture alberghiere dedicate, è a carico della ASL competente territorialmente.

Ogni albergo dovrà essere dotato di una dotazione farmaceutica, minima coerente con il numero delle stanze occupate, costituita dai seguenti principi attivi:

- Paracetamolo orale cpr
- FANS per os
- Beclometasone orale 1 mg cpr
- Desametasone 4mg e 8 mg fiale
- Enoxaparina 4000 UI fiale
- Adrenalina fiale
- Furosemide 20 mg fiale
- Furosemide 25 mg cpr
- Inibitore di pompa protonica cpr

La custodia di tale dotazione è a carico del personale sanitario operante presso la struttura e il reintegro è a carico della ASL, su richiesta del medesimo personale

Ulteriori necessità terapeutiche verranno poste, da parte del clinico, all'attenzione del coordinamento distrettuale COVID.

In merito alla eventuale necessità di ossigeno terapia, ogni albergo dovrà essere dotato di un numero minimo di 5 bombole di ossigeno gassoso da 3000 litri e dei relativi device.

Qualora l'assistito presente nella struttura alberghiera, necessiti di terapia continuativa con ossigeno liquido (bombole da 26.500 litri), il clinico deve compilare la scheda prescrittiva semplificata allegata (Allegato A) per 1 bombola inviandola al servizio farmaceutico del distretto ASL competente, per l'attivazione della consegna di ossigeno liquido. La necessità di prosecuzione terapia richiede compilazione di un ulteriore piano.

Tabella I Riferimenti Bed Manager Aziendali⁸

ASL	NOMINATIVO	RECAPITO
Roma 1	Claudio Lazzari	e-mail: claudio.lazzari@aslroma1.it
Roma 2	Nicoletta Gioacchini	e-mail: nicoletta.gioacchini@aslroma2.it
Roma 3	Linda Di Francesco	e-mail: linda.difrancesco@aslroma3.it bedmanagement@aslroma3.it
	Giuseppina Poliandri (resp. UVMD valutazione on- site)	e-mail: giuseppina.poliandri@aslroma3.it
Roma 4	Daniela Scognamiglio	e-mail: daniela.scognamiglio@aslroma4.it
Roma5	Luisa Gatta	e-mail: luisa.gatta@aslroma5.it
Roma 6	Mariaiolanda Spitalieri	tel. 06 93278842
VITERBO	Nicoletta Salvatori	e-mail: nicoletta.salvatori@asl.vt.it
LATINA	Giovanni Coruzzolo	e-mail: g.coruzzolo@ausl.latina.it
RIETI	Mauro Pitorri	e-mail: m.pitorri@asl.rieti.it
FROSINONE	Gianpiero Fabi	e-mail: gianpiero.fabi@aslfrosinone.it

⁸ Note prot. 455205.25-05-2020 "Dimissione pazienti guariti da COVID-19. Individuazione bed manager aziendali" e prot. 845195.02-10-2020 "Continuità ospedale territorio. Funzione di bed management"

ASL	Coordinatore	e-mail
ASL Roma 1		
distretto 1	Maria Rosaria Romagnuolo	centrale.distretto1@aslroma1.it
distretto 2	Giulio De Gregorio	centrale.distretto2@aslroma1.it
distretto 3	Edoardo Turi	centrale.distretto3@aslroma1.it
distretto 13	Donatella Biliotti	centrale.distretto13@aslroma1.it
distretto 14	Silvia Bracci	centrale.distretto14@aslroma1.it
distretto 15	Emanuela Biazzo	centrale.distretto15@aslroma1.it
ASL Roma 2		
distretto IV	Giancarlo Tesone Giuseppe Gambale	giuseppe.gambale@aslroma2.it
distretto V	Fabrizio Ciaralli	fabrizio.ciaralli@aslroma2.it
distretto VI	Giancarlo Tesone	giancarlo.tesone@aslroma2.it
distretto VII	Fabrizio Ciaralli Rocco Bulzomi	rocco.bulzomi@aslroma2.it
distretto VIII	Giorgio D'Anella	giorgio.danella@aslroma2.it
distretto IX	Elena Megli	elena.megli@aslroma2.it
ASL Roma 3		
distretto X	Dott.ssa Daniela Sgroi	daniela.sgroi@aslroma3.it
distretto XI	Dott.ssa Carla Salvitti	carla.salvitti@aslroma3.it
distretto XII	Dott. Mario Piacenti	mario.piacenti@aslroma3.it
distretto Fiumicino	Dott.ssa M. Letizia Eleuteri	mletizia.eleuteri@aslroma3.it
ASL Roma 4		
distretto 1	Maria Cristina Serra	mariacristina.serra@aslroma4.it
distretto 2	Enrico Mazzucchi	enrico.mazzucchi@aslroma4.it
distretto 3	Vincenzo Rinaldi	vincenzo.rinaldi@aslroma4.it
distretto 4	Michele Leone	michele.leone@aslroma4.it
ASL Roma 5		
distretto Tivoli	Adalgisa De Arcangelis	adalgisa.dearcangelis@aslroma5.it
distretto Colferro	Uliana Bianchi	uliana.bianchi@aslroma5.it

distretto Subiaco	Paolo Giardini	paolo.giardini@aslroma5.it
distretto Guidonia	Stefania Salvati	stefania.salvati@aslroma5.it
distretto Palestrina	Luisiana Colombo	luisiana.colombo@aslroma5.it
distretto Monterotondo	Federico Guerriero	federico.guerriero@aslroma5.it
ASL Roma 6		
distretto H1	Dott. Angelo Raffaele Villani	angelo.villani@aslroma6.it
distretto H2	Dott. Pierluigi Vassallo	pierluigi.vassallo@aslroma6.it
distretto H3	Dott. Raffaele Galli	raffaele.galli@aslroma6.it
distretto H4	Dott. Angelo Francescato	angelo.francescato@aslroma6.it
distretto H5	Dott. Giacomo Menghini	giacomo.menghini@aslroma6.it
distretto H6	Dott.ssa Lucrezia Vera	lucrezia.vera@aslroma6.it
ASL Frosinone	coordinatore aziendale	
ASL	Marcello Russo	dipartimentoassprimaria@aslfrosinone.it marcello_russo1@libero.it
distretto A	Dott.ssa Tanzi Pierangela	distrettoa@aslfrosinone.it
distretto B	Dott. Carrano Francesco	distrettob@aslfrosinone.it
distretto C	Dott. D'Ambrosio Eleuterio	distrettoc@aslfrosinone.it
distretto D	Dott. Corbo Antonio	distrettod@aslfrosinone.it
ASL Latina		
distretto 1	Rossi Belardino	b.rossi@ausl.latina.it
distretto 2	Carreca Giuseppe	g.carreca@ausl.latina.it
distretto 3	Ardia Luigi	l.ardia@ausl.latina.it
distretto 4	Ciarlo Giuseppe	g.ciarlo@ausl.latina.it
distretto 5	Graziano Antonio	a.graziano@ausl.latina.it
ASL Rieti		
distretto 1	Dott.ssa Pasqualina Cicconetti	p.cicconetti@asl.rieti.it
distretto 2	Dott.ssa Maria Pompei Migliacci	m.migliacci@asl.rieti.it
ASL Viterbo		
distretto A	Dr.ssa Manuela Oliviero	manuela.oliviero@asl.vt.it
distretto B	Dr. Bifulco Franco	franco.bifulco@asl.vt.it
distretto C	Dr.ssa Schiena Maria Teresa	mariateresa.schiena@asl.vt.it

Tabella 3 Referenti Telesorveglianza/Telemonitoraggio ASL

ASL	NOMINATIVO	RECAPITO
Roma 1	Andrea Barbara	Email: andrea.barbara@aslroma1.it
	Antonella Gemma	Email: antonella.gemma@aslroma1.it
Roma 2	Giancarlo Tesone	Email: giancarlo.tesone@aslroma2.it
	Antonio Mastromattei	Email: antonio.mastromattei@aslroma2.it
Roma 3	Giuseppina Poliandri	Email: giuseppina.poliandri@aslroma3.it
Roma 4	Mauro Mocci	Email: mauro.mocci@aslroma4.it
Roma5	Alessio Abbondanzieri	Email: alessio.abbondanzieri@aslroma5.it
Roma 6	Stefano Villani	Email: stefano.villani@aslroma6.it
VITERBO	Giuseppe Cimarello	Email: giuseppe.cimarello@asl.vt.it
	Maria Teresa Schiena	Email: mariateresa.schiena@asl.vt.it
LATINA	Lorena Di Lenola	Email: tl.dilenola@ausl.latina.it
RIETI	Luca Barbante	
FROSINONE	Pio Pellegrini	Email: pio.pellegrini@aslfrosinone.it
	Claudia Celebrini	Email: claudia.celebrini@aslfrosinone.it



SCHEMA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
Ossigeno liquido Domiciliare per Pazienti affetti da COVID-19

Cognome e Nome: _____ Codice Fiscale: _____

Età _____ Sesso M F

Regione di residenza dell'Assistito _____ ASL _____

Nome della Struttura Alberghiera ricevente: _____

Indirizzo di Consegna: Via _____ N° _____

Comune _____ Prov. (_____) _____

Numero stanza: _____

Diagnosi:

Ipossimia da COVID-19

Flusso Ossigeno 2 lt/min. Ore/die:

Tempo di consegna: in emergenza

Durata della prescrizione: prima attivazione

rinnovo della terapia

Medico Prescrittore dott. _____

Tel. _____ Data _____

Firma del medico prescrittore*

* I dati identificativi del Medico devono essere tali da permettere eventuali tempestive comunicazioni

Gestione a domicilio di pazienti sintomatici con infezione da SARS-CoV-2

Introduzione

Le persone a domicilio con sintomi clinici correlabili a COVID-19 devono eseguire un test antigenico, su attivazione del MMG o del numero verde 800.118.800 in caso di non residenti, e in caso di esito positivo eseguire test molecolare.

I contatti stretti del caso in valutazione presenti nell'ambiente familiare in attesa dell'esito del test devono adottare le misure di prevenzione mantenendo la distanza consigliata, utilizzando la mascherina, lavando frequentemente le mani.

La persona con sintomi e i contatti stretti, in attesa dell'esito, devono essere sottoposti a valutazione e monitoraggio dei criteri clinici inclusi nella scala di NEWS, considerando la presenza di fattori di rischio come età e comorbidità.

È utile mettere a disposizione della persona o consigliare l'immediato acquisto del pulsossimetro.

Il monitoraggio può essere effettuato tramite comunicazione telefonica o, preferibilmente, attraverso la piattaforma Dr Covid.

Le condizioni sociali di allarme prendono in considerazione la persona che vive da solo, la persona non completamente autonoma o con disabilità.

Gestione clinica dei casi confermati con test molecolare per SARS-CoV-2 o con test positivo antigenico ed in attesa di conferma

1° scenario: Giovani, adulti o anziani paucisintomatici senza segni clinici o sociali di allarme

Paziente stabile con saturazione a riposo > 96% o dopo walking test \geq 95% e con MEWS \leq 1

Terapia

- ❖ In questa fase non sono generalmente indicati farmaci:
 - spray, aerosol (entrambi favoriscono la diffusione del virus), cortisone,
 - eparina da somministrare in dose profilattica solo nei casi la persona non sia mobilizzabile per la malattia di base o l'insorgenza dell'infezione da SARS-Cov-2
 - antibiotici, compresa l'azitromicina, il cui utilizzo può essere valutato in presenza di leucocitosi, BPCO o bronchiectasia riacutizzata, o addensamento con broncogramma
 - cloroquina né idrossiclorocina.
- ❖ il paracetamolo è indicato negli stati febbrili con temperatura $T > 38^\circ$ mal sopportata, o soglia epilettogena bassa, o dolori articolari muscolari non accettabili, con un dosaggio non superiore a 3 gr. nelle 24 hr.

Stile di vita:

- ❖ mantenere attività fisica, non stare coricato a letto, meglio seduto.
- ❖ mangiare frutta, verdura, spremute di agrumi, yogurt, kefir, pesce di lisca, perché il possibile sforzo ventilatorio rappresenta per i muscoli respiratori l'equivalente di una maratona per i muscoli degli arti inferiori.
- ❖ adottare la pronazione quando la persona è distesa a letto (coricato a pancia sotto), posizione utile a reclutare gli alveoli polmonari senza la compressione esercitata dal peso della gabbia toracica. Nel caso sia possibile, si consiglia di percuotere con il taglio della mano gli spazi costali dal basso verso l'alto ai fini di favorire il distacco delle secrezioni.

Sorveglianza

- ❖ Parametri vitali, scala di NEWS, e pulsossimetria basale 3 volte al giorno e 1 volta durante walking test.

2° Scenario Giovani, adulti o anziani con segni clinici o sociali di allarme

Paziente stabile con saturazione a riposo tra 95 e 96% o dopo walking test >93%, da valutare in modo attento e scrupoloso perché la condizione clinica potrebbe deteriorarsi in poche ore.

In questa categoria sono incluse le persone con comorbidità, come obesità, diabete, BPCO, patologie autoimmunitarie, cardiache o polmonari, anziani e/o disabili che vivono da soli, pazienti poco collaboranti (affetti da patologie psichiatriche).

Terapia

- ❖ In questa fase non sono generalmente indicati farmaci:
 - spray, aereosol (entrambi favoriscono la diffusione del virus), cortisone,
 - eparina da somministrare in dose profilattica solo nei casi la persona non sia mobilizzabile per la malattia di base o l'insorgenza dell'infezione da SARS-Cov-2
 - antibiotici, compresa l'azitromicina, il cui utilizzo può essere valutato in presenza di leucocitosi, BPCO o bronchiectasia riacutizzata, o addensamento con broncogramma
 - cloroquina né idrossiclorocina.
- ❖ il paracetamolo è indicato negli stati febbrili con temperatura $T > 38^{\circ}$ mal sopportata, o soglia epilettogena bassa, o dolori articolari muscolari non accettabili, con un dosaggio non superiore a 3 gr. nelle 24 hr.

Stile di vita:

- ❖ mantenere attività fisica, non stare coricato a letto, meglio seduto.
- ❖ mangiare frutta, verdura, spremute di agrumi, yogurt, kefir, pesce di lisca, perché il possibile sforzo ventilatorio rappresenta per i muscoli respiratori l'equivalente di una maratona per i muscoli degli arti inferiori.
- ❖ adottare la pronazione quando la persona è distesa a letto (coricato a pancia sotto), posizione utile a reclutare gli alveoli polmonari senza la compressione esercitata dal peso della gabbia toracica. Nel caso

sia possibile, si consiglia di percuotere con il taglio della mano gli spazi costali dal basso verso l'alto ai fini di favorire il distacco delle secrezioni.

- ❖ tagliare l'eventuale barba, altrimenti in caso di ospedalizzazione le mascherine per il supporto respiratorio hanno una perdita troppo alta.

Sorveglianza

- ❖ Parametri vitali e scala di MEWS (fig. 1).
- ❖ Pulsossimetria basale 3 volte al giorno e 3 volte al giorno durante walking test.
- ❖ Se possibile eco toracica e telemonitoraggio a domicilio, oppure telemonitoraggio con dr.covid, oppure telesorveglianza telefonica.

3° Scenario Giovani, adulti o anziani che desaturano e/o con MEWS ≥ 2

Paziente instabile che desatura a riposo $<95\%$ o dopo walking test < 93 e/o con MEWS ≥ 2 , deve essere valutato per il ricovero specie se con comorbidità e/o nella prima settimana di infezione.

La situazione clinica può deteriorarsi in poche ore.

Terapia

- ❖ In questa fase è necessario valutare il ricovero ospedaliero per iniziare terapia:
 - cortisone, (desametasone 6 mg al giorno),
 - ossigenoterapia,
 - eparina profilattica specie se ipomobile o terapeutica (se D-dimero 4-6 volte la norma, e/o SIC score ≥ 4 , in applicazione Nota AIFA 11 aprile 2020: D-dimero e SIC score sono poco utilizzabile a domicilio in quanto richiedono la disponibilità di parametri di laboratorio - vedi figura 2).

Il vantaggio del ricovero si basa sulla necessità dello stretto monitoraggio dei parametri vitali e dell'ossigenazione periferica, e la indicazione alle terapie antivirali per via infusione e alla esatta modulazione della ossigenoterapia. Se si sceglie di ritardare tale opzione per scelta del paziente, sovraffollamento PS o altra ragione, va iniziata terapia con cortisone, eparina e se possibile ossigeno a domicilio.

- ❖ Non sono indicati:
 - antibiotici, compresa l'azitromicina, il cui utilizzo può essere valutato in presenza di leucocitosi, BPCO o bronchiectasia riacutizzata, o addensamento con broncogramma
 - cloroquina né idrossiclorocina.
- ❖ il paracetamolo è indicato negli stati febbrili con temperatura $T >38^\circ$ mal sopportata, o soglia epilettogena bassa, o dolori articolari muscolari non accettabili, con un dosaggio non superiore a 3 gr. nelle 24 hr.

Stile di vita:

- ❖ Se possibile, non stare coricato a letto, meglio seduto.
- ❖ mangiare frutta, verdura, spremute di agrumi, yogurt, kefir, pesce di lisca, perché il possibile sforzo ventilatorio rappresenta per i muscoli respiratori l'equivalente di una maratona per i muscoli degli arti inferiori.

- ❖ adottare la pronazione quando la persona è distesa a letto (coricato a pancia sotto), posizione utile a reclutare gli alveoli polmonari senza la compressione esercitata dal peso della gabbia toracica. Nel caso sia possibile, si consiglia di percuotere con il taglio della mano gli spazi costali dal basso verso l'alto ai fini di favorire il distacco delle secrezioni.
- ❖ tagliare l'eventuale barba, altrimenti in caso di ospedalizzazione le mascherine per il supporto respiratorio hanno una perdita troppo alta.

Sorveglianza

- ❖ Parametri vitali e scala di MEWS (fig. 1).
- ❖ Pulsossimetria basale 3-5 volte al giorno e, se possibile, 3-5 volte al giorno durante walking test.
- ❖ Se possibile eco toracica e telemonitoraggio a domicilio, oppure telemonitoraggio con dr.covid, oppure telesorveglianza telefonica

Punti chiave

- ❖ È necessario limitare l'accesso del paziente al PS/DEA ai soli casi che presentano una riduzione della saturazione di ossigeno.
- ❖ La terapia con cortisone è indicata solo nelle persone con saturazione di O₂ inferiore al 95%, valore che indica la progressione della infezione verso la fase di risposta immune paradossa.
- ❖ Il remdesivir è indicato solo nel paziente saturazione di O₂ inferiore al 95%, è somministrabile in ospedale, come da scheda AIFA, nei casi di polmonite da COVID-19 microbiologicamente confermata e **con un esordio inferiore ai 10 gg**, senza compromissione renale ed epatica.
- ❖ Non sono indicati aerosol o spray, specie, nelle prime fasi di malattia perché potrebbero favorire la diffusione del virus.
- ❖ Alcuni prodotti consigliati come latte di ferro, quercetina, vitamine o altri integratori alimentari non sono sostenuti da chiare evidenze di efficacia, seppure presentino pochi e limitati eventi avversi. Attualmente la somministrazione di questi integratori non evidenzia alcun beneficio nei giorni di infezione acuta.
- ❖ Fondamentale stabilire un rapporto empatico con il paziente per riconoscere precocemente l'eventuale deterioramento clinico, differenziandolo da condizioni di legittima ansia conseguenti alla consapevolezza di aver contratto una malattia potenzialmente fatale.

Figura I MEWS

Modified Early Warning Score (MEWS)

	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Temperature (°C)	<34	34.0-34.5	34.6-35.0	35.1-35.9	DEVIATION FROM NORMAL RANGE	38-38.4	38.5-39.9	40.0-40.4	>40.4
Systolic Blood Pressure (mmHg)	<90	90-99	100-110			150-169	170-189	190-200	>200
Pulse (bpm)	<45	45-49	50-54	55-60		90-99	100-119	120-139	>139
Respiratory Rate (breaths/min)	<8	8-9	10-11			21-25	26-30	31-36	>36
Oxygen Saturations on Oxygen (%)	<88	88-91	92-95	96					
Oxygen Saturations on Air (%)	<85	86-89	90-93	94-96					
AVPU OR New CA	Pain response		Voice response				Confusion OR Agitation		
Urine Output (mls/hr over 2 hrs)	<10		<20				>250		

Actions from MEWS

Score	Actions
<2	Qualified nurse to review patient at next hand-over
2-3	Qualified nurse to review immediately Repeat observations and instigate therapy as prescribed
4-5	Qualified nurse to review immediately Repeat observations and instigate therapy as prescribed Junior Doctor to review within 30 minutes
6-7	Qualified nurse to review immediately Repeat observations and instigate therapy as prescribed Urgent review by SHO or StR immediately PLUS Inform Critical Care Outreach Team of patient
8	Qualified nurse to review immediately Repeat observations and instigate therapy as prescribed Urgent review by SHO or StR immediately PLUS Urgent review by Medical Emergency Team (MET) immediately

AVPU =

A =	Alert
V =	Only responds to Voice
P =	Only responds to Pain
U =	Unresponsive

CA =

C =	Confusion
A =	Agitation

Adapted from: MEWS used at Frimley Park Hospital NHS Foundation Trust



REGIONE
LAZIO

FASE VIII dell'EMERGENZA COVID-19
RIDEFINIZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA
REGIONALE

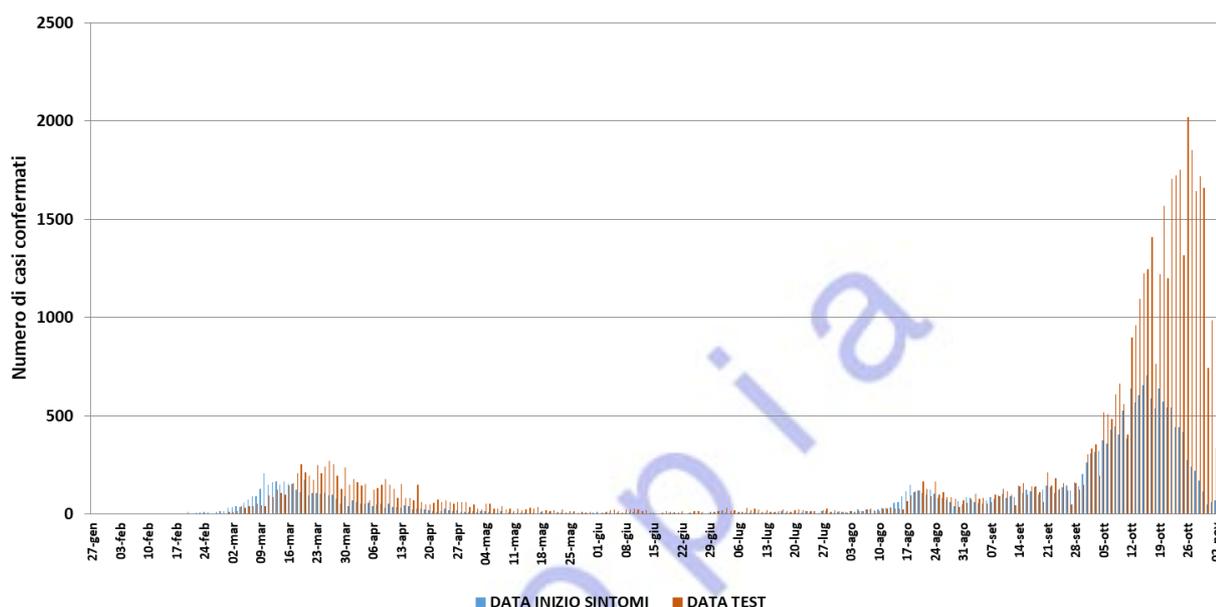
Copia

Premessa

Il quadro epidemiologico dell'infezione da SARS-CoV-2 nella Regione Lazio mostra negli ultimi 3 mesi, a partire dalla seconda metà di agosto, un graduale aumento dei casi fino alla prima metà di settembre e successivamente una rapida ascesa della curva epidemica (Figura 1).

Nella settimana dal 26 ottobre al 1 novembre l'incidenza è stata di 181,3 casi ogni 100.000 abitanti con un'incidenza cumulativa per età che conferma le classi di età più anziane maggiormente colpite ma mostra un netto aumento rispetto alla cosiddetta "prima ondata" di marzo-maggio dell'incidenza nelle popolazioni più giovani, in particolare nelle classi di età inferiori a 30 anni.

Figura 1. Curva epidemica per data sintomi e data esecuzione test specifico.



Al momento la proporzione di casi sintomatici sul totale dei casi è pari al 50%, con un incremento proporzionale all'incremento dell'età (<40% per età <20 anni vs 50% per età > 20 anni). La proporzione di casi testati per presenza di sintomi è di circa il 30% nelle ultime due settimane rispetto al 20% delle prime settimane di settembre. Tale proporzione mostra una associazione con l'età con l'80% dei casi <20 anni di età testati per contact tracing/screening. Al momento l'Rt medio regionale a 14 giorni ha raggiunto il valore di 1,29 con un intervallo di confidenza al 95% tra 0,92 e 1,59. Pur rimanendo sempre sopra la soglia di 1, l'Rt presenta una variabilità tra le diverse province della regione con le province di Viterbo [1,68 (95% CI, 1,55-1,82)] e Rieti [1,47(95% CI, 1,33-1,61)] che mostrano valori più alti mentre la città di Roma presenta un valore di 1,18(95% CI, 1,15-1,22).

Nelle ultime 3 settimane è raddoppiato il numero di focolai passando da 246 focolai nella settimana 5-11 ottobre a 455 nella ultima settimana (tale dato potrebbe essere sottostimato in conseguenza delle difficoltà di tracciamento soprattutto per i focolai familiari). L'89% di questi focolai si è sviluppato in un contesto familiare/domestico per un totale di 1845 casi seguito dalle case di cura/RSA (4%) per un totale di 412 casi e dalle scuole (2%) per un totale di 198 casi.

La **rete ospedaliera** ha risentito dell'andamento crescente dei nuovi casi registrando un incremento dei ricoveri dei pazienti affetti da COVID-19, in particolare a partire dal mese di settembre.

Dall'analisi dei dati GIPSE, a partire dal mese di settembre, rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, si osserva una riduzione del numero di accessi in PS/DEA per tutte le cause del 9% circa (fig. 2). Parallelamente, come mostrato in figura 3, si è osservato un incremento della percentuale di accessi che hanno avuto esito in ricovero o trasferimento (+20% rispetto al 2019).

Per quanto riguarda gli accessi nelle aree di PS dedicate ai casi in valutazione e ai casi confermati COVID-19 si è osservato un incremento di circa 4 volte tra l'inizio e la fine del mese di ottobre (fig. 4).

Figura 2 Andamento accessi in PS/DEA (dati GIPSE ore 14)

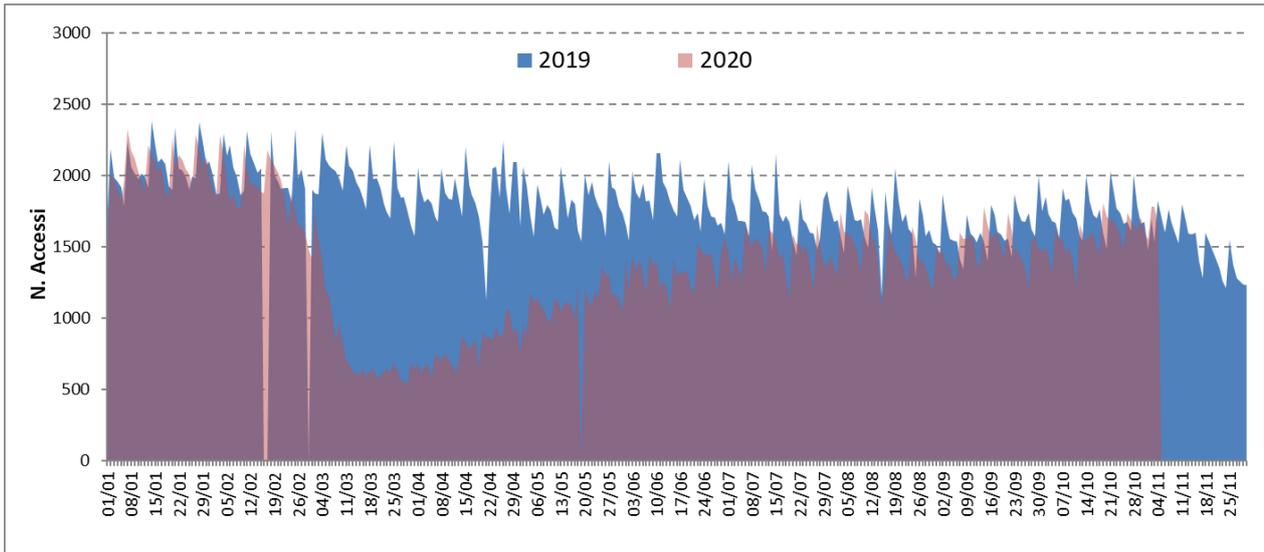


Figura 3 Andamento accessi in PS/DEA con esito ricovero/trasferimento (dati GIPSE ore 14)

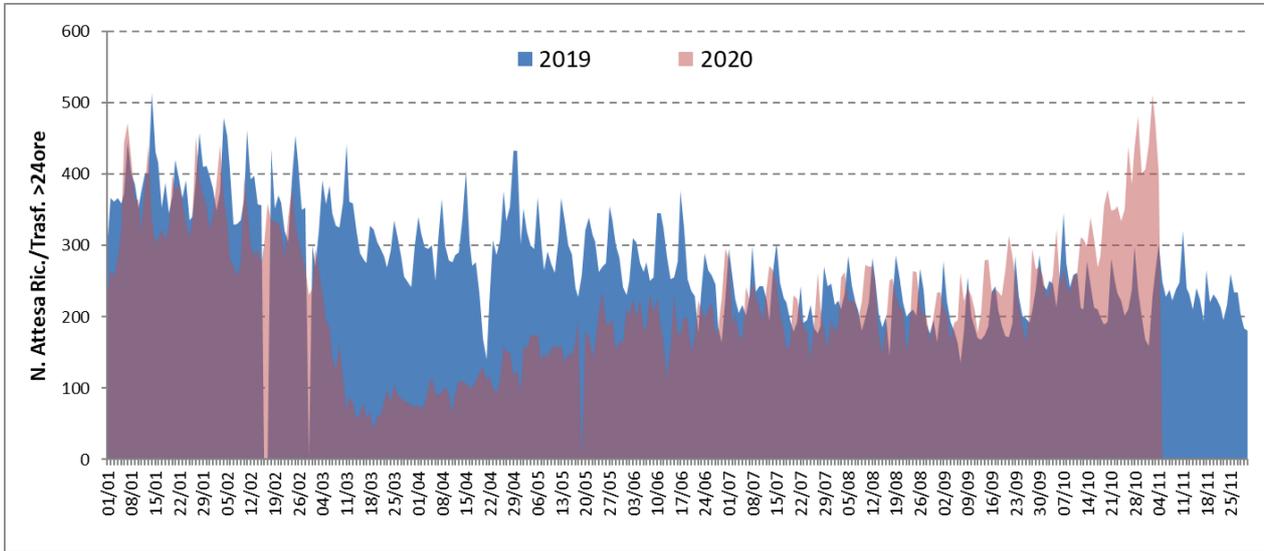
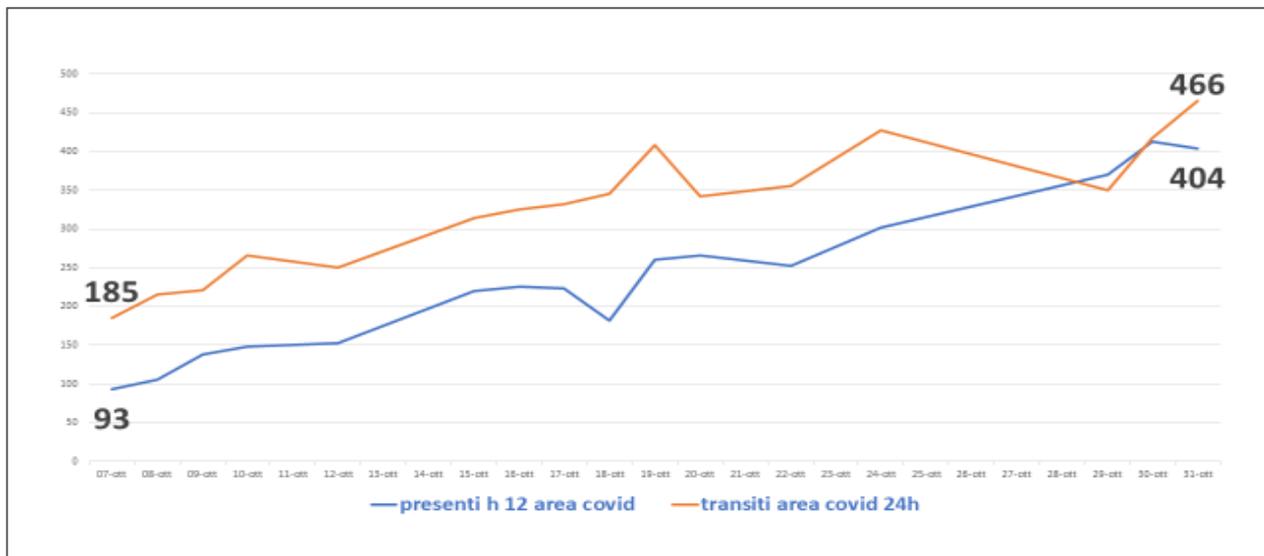


Figura 4 Andamento transiti e presenze in Aree PS/DEA COVID-19 (dati piattaforma 118 Ised)



Nell'ultima settimana di ottobre si sono registrati 1531 accessi in PS/DEA per polmonite (COVID-19), il doppio di quanto si era osservato nel massimo del picco di marzo e 3 volte quello che si era verificato nel periodo corrispondente dei due anni precedenti (fig. 5). Per quanto riguarda la riduzione degli accessi per altre cause, non si osserva riduzione per i traumatismi contrariamente al periodo del lockdown, mentre si riducono di poco gli accessi per sindrome coronarica acuta e ictus.

La necessità di ricoveri delle polmoniti da COVID-19 sulla rete ospedaliera ha determinato una condizione di sovraffollamento dei PS/DEA regionali con inevitabile ripercussione sull'emergenza territoriale e blocco di mezzi del 118.

Figura 5 Accessi in PS/DEA per polmonite 2020 vs. media 2018-2019 (dati GIPSE)

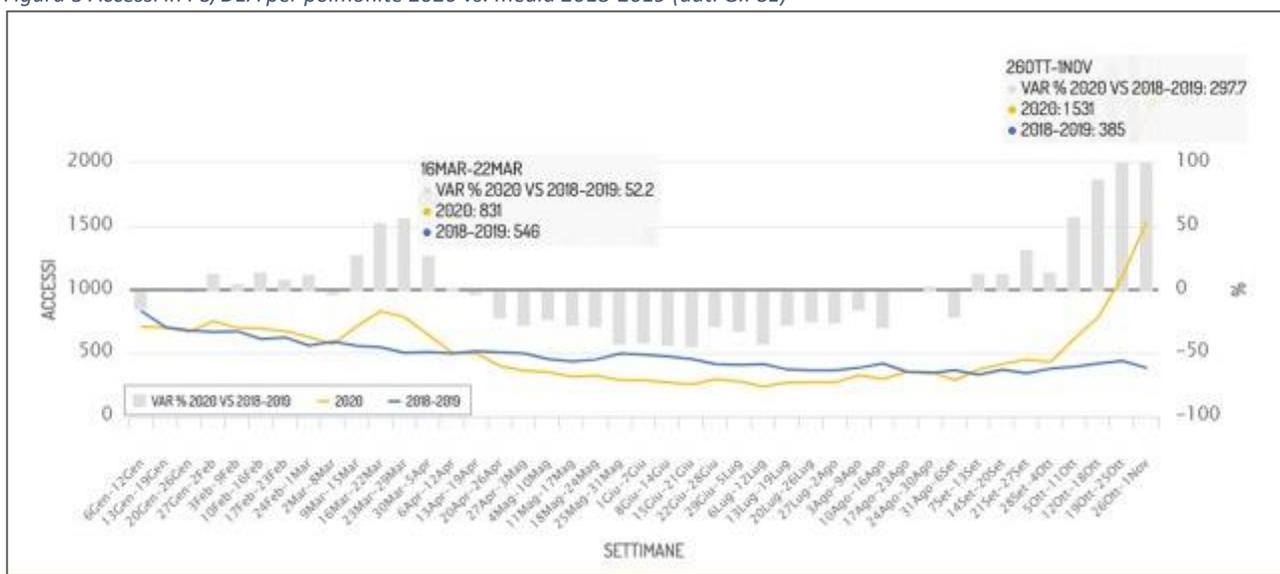
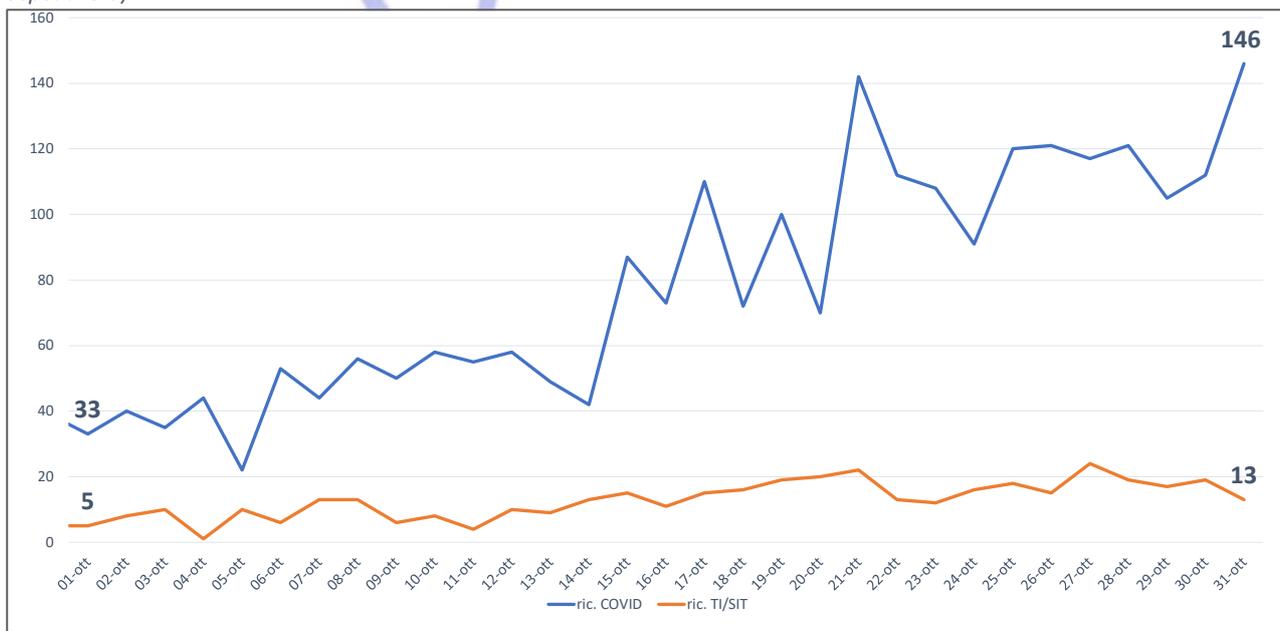


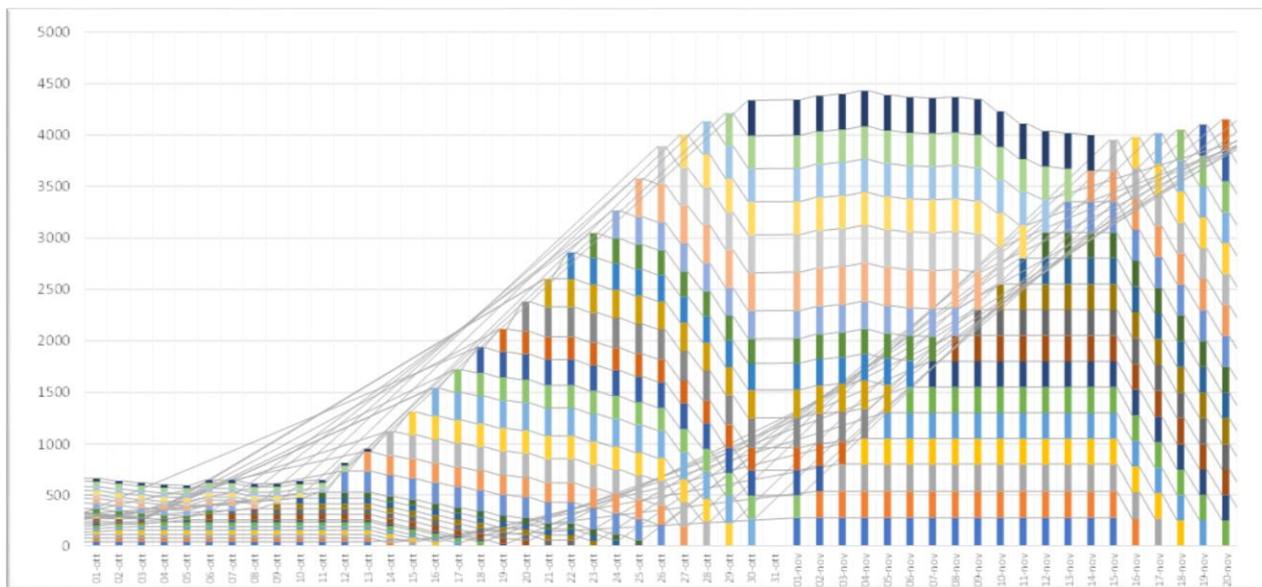
Figura 6 Andamento nuovi ricoveri reparto COVID-19 e Terapie Intensive, mese di ottobre (dati rilevazione quotidiana Area Rete Ospedaliera)



Stima del fabbisogno della dotazione di posti letto di Fase VIII

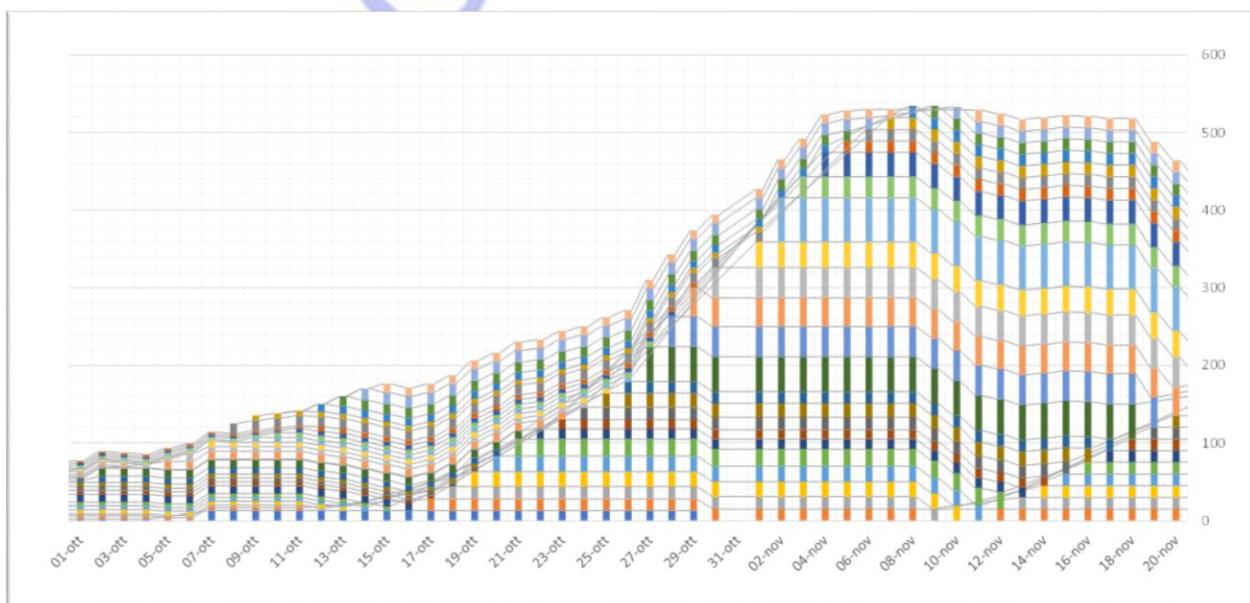
Tenendo conto di un numero di nuovi ricoveri giornalieri in reparto COVID-19 e in Terapia Intensiva rispettivamente pari a circa 150 e 15, considerata una degenza media di 14 e 21 giorni rispettivamente, si stima un fabbisogno complessivo prudenziale di circa 5.300 posti letto a regime per tutta la Regione (fig. 7 e 8).

Figura 7 Previsione fabbisogno nuovi posti letto di degenza ordinaria COVID-19



I posti letto devono essere organizzati all'interno di aree multidisciplinari entro una settimana dall'approvazione del presente documento.

Figura 8 Previsione fabbisogno nuovi posti letto di Terapia Intensiva e Semintensiva COVID-19



Metodi

Al fine di soddisfare il fabbisogno di posti letto da destinare al COVID-19 si è proceduto a stimare i posti letto utili per attività indifferibili degli ospedali impegnati nella rete delle emergenze attraverso un'analisi dei dati di dimissione ospedaliera dell'anno 2018. È stato deciso di non utilizzare i dati 2019, in quanto a metà anno è entrata in funzione il flusso SDO XL che ha determinato una variabilità di registrazione dei dati di produzione. In particolare sono state calcolate le giornate di degenza erogate nel 2018 riconducibili alle seguenti attività indifferibili:

- Prestazioni afferenti al Major Diagnostic Categories (MDC) 14, ovvero prestazioni relative alla "Gravidanza, parto e puerperio";
- Prestazioni mediche e chirurgiche relative a pazienti oncologici, calcolate considerando tutte le dimissioni ospedaliere con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno o di carcinoma in situ (codici ICD 9 CM dal 140.XX al 210.XX e dal 230.XX al 234.XX), al netto delle prestazioni a rischio di inappropriatazza calcolate sulla base dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza;
- Prestazioni di ricovero in modalità Urgenza. È stato stimato un calo del 40% dell'attività di ricoveri in modalità urgenza per il 2020 rispetto al 2018, sulla base del confronto dell'attività ospedaliera in urgenza nei periodi marzo-aprile e settembre 2018 e 2020.

A partire dalle giornate di degenza erogate nel 2018 per le attività indifferibili sopra citate, sono stati stimati i posti letto equivalenti, con indice di occupazione pari al 90%.

Attraverso tale metodo sono stati stimati i posti letto equivalenti da dedicare alla cura dei pazienti COVID-19 per le strutture dotate di PS o DEA di I livello, ad eccezione di quelle interamente dedicate a COVID-19, dei PS specialistici e del Campus Biomedico che nel 2018 non aveva ancora attivato il DEA I.

Complessivamente per tutto il territorio regionale, per le strutture sopra citate, i posti letto equivalenti per le attività indifferibili ammontano a circa 3.600, mentre quelli potenzialmente dedicabili all'assistenza dei pazienti affetti da COVID-19 sono circa 2300 posti letto.

La tabella I mostra l'assetto dei posti letto COVID-19 distinti per degenza ordinaria, Terapia Semintensiva e Terapia Intensiva, comprensivo dei posti letto dedicati nei DEA II, nelle strutture dotate di PS e DEA I individuate secondo le modalità sopra descritte, negli ospedali COVID-19 già attivi e nelle strutture private accreditate al di fuori della rete delle emergenze che hanno manifestato disponibilità all'ingresso nella rete COVID-19.

Indicazioni strutturali, tecniche e organizzative per la riorganizzazione delle aree di degenza COVID-19

In ciascun ospedale dovranno essere individuate delle aree multidisciplinari per intensità di cure a coordinamento internistico che devono vedere la partecipazione di personale medico e infermieristico delle diverse discipline dell'ospedale.

Per le strutture individuate per l'assistenza ai pazienti affetti da COVID-19 si prevede quanto di seguito specificato:

- a) ricorrere a misure di isolamento di coorte;
- b) i ricambi d'aria nelle aree assistenziali individuate possono essere assicurati per via naturale o meccanica. Tali aree dovranno essere individuate dalla Direzione Sanitaria, cui compete anche la definizione dei percorsi sporco/pulito e, di concerto con l'RSPP, l'individuazione di idonei spazi per la vestizione/svestizione dei DPI da parte degli operatori. Ove non fosse possibile evitare aree promiscue

sporco/pulito, dovranno essere individuate le più idonee misure sostitutive di tipo funzionale e/o organizzativo (ad es. sanificazione).

- c) si raccomandano solo per le procedure che generano aerosol (broncoscopia; intubazione tracheale; manovre sul torace per la rianimazione cardiopolmonare):
1. ambiente con ventilazione naturale o meccanica che assicuri ricambi d'aria e possibilmente pressione negativa;
 2. sostituzione delle mascherine chirurgiche, nella stanza vanno utilizzati filtranti respiratori FFP2 o FFP3.

Si richiama inoltre all'ottemperanza di tutte le misure di IPC (*Infection Protection and Control*) di cui all'Allegato A dell'Ordinanza Z00034 del 18 aprile 2020, cui si rimanda, e in particolare a quanto previsto al capitolo 4.

Relativamente ai DPI per gli operatori, si rimanda a quanto previsto dalla Tabella 2 della citata Ordinanza. Si sottolinea che è necessario procedere a una appropriata valutazione del rischio lavorativo effettuata dal datore di lavoro con la collaborazione del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e del Medico Competente, al fine di definire la dotazione di DPI più idonea sulla base delle caratteristiche strutturali, tecnologiche e organizzative della singola struttura, nonché delle necessità clinico-assistenziali.

Si sottolinea infine che per i punti sopraelencati dovranno essere elaborate e implementate, ove già non disponibili, una o più specifiche procedure/istruzioni operative. Dovranno inoltre essere elaborate e implementate, ove già non disponibili, una o più procedure/istruzioni operative che definiscano almeno i seguenti punti:

1. Formazione del personale
2. Gestione della documentazione clinica
3. Sanificazione ordinaria e straordinaria
4. Utilizzo della radiodiagnostica, del laboratorio analisi e degli altri servizi eventualmente necessari
5. Distribuzione del vitto
6. Distribuzione dei farmaci
7. Manutenzione degli impianti di ventilazione, ove presenti
8. Gestione dei rifiuti
9. Gestione delle salme.

Facilitazione della collaborazione tra Aziende ed Enti del SSR e strutture sanitarie private per l'ospitalità dei percorsi chirurgici NO COVID-19 facenti capo alle strutture delle stesse Aziende Sanitarie per il periodo di emergenza COVID-19

Al fine di garantire durante l'emergenza COVID l'attività chirurgica in elezione è stata approvata la determina n. G12910 del 3 novembre 2020 inerente i "Rapporti di collaborazione tra Aziende ed Enti del SSR e strutture sanitarie private accreditate e non per l'ospitalità dei percorsi chirurgici NO COVID-19 facenti capo alle strutture delle stesse Aziende Sanitarie per il periodo di emergenza COVID-19." In essa è previsto il coinvolgimento delle strutture private, accreditate e non, durante il periodo della Emergenza COVID, in modo integrato con le attività erogate dalle aziende pubbliche della regione, sia in termini di eventuale rimodulazione degli accordi contrattuali in essere, sia in termini di sinergia del personale delle stesse strutture private accreditate in coerenza con i commi 1, 2 e 3 del dall'articolo 3 D.L. n. 18/2020, convertito con L. n. 27/2020.

Reti tempo dipendenti

Sono ridefinite temporaneamente, fino alla fine dell'emergenza, le seguenti reti tempo-dipendenti:

- **Cardiochirurgia:** l'Ospedale San Camillo Forlanini assume il ruolo di Hub in sostituzione degli Ospedali Policlinico Umberto I e Policlinico Tor Vergata. Gli Ospedali Campus Biomedico e European Hospital svolgono il ruolo di supporto al San Camillo Forlanini in caso di indisponibilità di sala operatoria.
- **Trauma:** l'Ospedale San Giovanni Addolorata assume il ruolo di Hub in sostituzione di Policlinico Umberto I e Policlinico Tor Vergata.

Gli specialisti delle Reti Tempo Dipendenti possono essere coinvolti nella gestione dei pazienti presso gli Hub individuati anche se inquadrati presso differenti presidi/aziende.

Emergenza territoriale I 18

In relazione alla programmazione di Fase VIII della Rete Ospedaliera COVID-19 le strutture ospedaliere interamente dedicate a COVID-19, in relazione alla situazione complessiva della emergenza territoriale, non riceveranno accessi I 18 per condizioni cliniche non correlabili a COVID-19.

Gli accessi I 18 dei casi confermati o in valutazione COVID-19 accederanno, in relazione alla situazione complessiva della emergenza territoriale, nelle strutture ospedaliere dotate di posti letto dedicati.

In considerazione della particolare situazione epidemiologica dell'epidemia da virus SARS-CoV-2, si richiama l'assoluto divieto di bloccare le ambulanze di ARES I 18 al fine di assicurare la risposta il normale svolgimento dell'attività di soccorso in emergenza-urgenza.

Tabella 1 Rete ospedaliera COVID-19 Fase VIII

Struttura	ASL	Ordinanza 21.10 pl ordinari	pl ordinari a regime	Ordinanza 21.10 pl SIT/TI	pl SIT/TI a regime	Ordinanza 21.10 pl totali	pl totali a regime
POLICLINICO UMBERTO I	Roma 1	210	340	64	132	274	472
FONDAZIONE POLICLINICO GEMELLI + COLUMBUS HOSPITAL	Roma 1	144	310	99	89	243	399
INMI L. SPALLANZANI	Roma 3	234	240	44	91	278	331
POLICLINICO TOR VERGATA	Roma 2	88	148	29	53	117	201
OSPEDALE S. FILIPPO NERI	Roma 1	95	135	25	25	120	160
OSPEDALE VANNINI	Roma 2	132	145	14	14	146	159
OSPEDALE MILITARE CELIO	Roma 1	100	100	50	50	150	150
SANT' ANDREA	Roma 1	28	111	10	19	38	130
AO SAN CAMILLO - FORLANINI	Roma 3	70	112	8	17	78	129
OSPEDALE BAMBIN GESU'	Roma 1-4	30	40	3	6	33	46
OSPEDALE SANDRO PERTINI	Roma 2	12	102	-	20	12	122
OSPEDALE S. PIETRO FATEBENEFRAATELLI	Roma 1	20	96	-	12	20	108
AURELIA HOSPITAL	Roma 1	-	56	-	4	-	60
VILLA TIBERIA	Roma 1	35	47	46	43	81	90
SAN FELICIANO	Roma 1	89	76	-	13	89	89
OSPEDALE S. GIOVANNI CALIBITA FATEBENEFRAATELLI	Roma 1	-	77	-	-	-	77
AO SAN GIOVANNI ADDOLORATA	Roma 1	16	44	-	31	16	75
OSPEDALE SAN CARLO DI NANCY	Roma 1	-	60	-	-	-	60
IDI	Roma 1	50	50	4	4	54	54
OSPEDALE S. SPIRITO	Roma 1	16	50	-	-	16	50
OSPEDALE CRISTO RE	Roma 1	-	36	-	-	-	36
OSP. S. EUGENIO (Polo S. Eugenio - C.T.O. A. Alesini)	Roma 2	12	91	-	24	12	115
CAMPUS BIOMEDICO	Roma 2	24	53	-	40	24	93
POLICLINICO CASILINO	Roma 2	10	85	-	7	10	92
NUOVA ITOR	Roma 2	40	40	-	-	40	40
VILLA ANNAMARIA	Roma 2	-	40	-	-	-	40
CLINICA GUARNIERI	Roma 2	30	30	5	5	35	35
ISTITUTO CLINICO CASALPALOCCO	Roma 3	62	62	58	58	120	120
SAN RAFFAELE PISANA	Roma 3	-	84	-	-	-	84
OSPEDALE ISRAELITICO	Roma 3	70	78	4	4	74	82
OSPEDALE G. B. GRASSI di Ostia	Roma 3	20	60	4	10	24	70
POLICLINICO DI LIEGRO	Roma 3	20	21	-	-	20	21
SAN PAOLO - Civitavecchia (Polo Unificato Civitavecchia-Bracciano)	Roma 4	16	35	-	-	16	35
OSPEDALE S. GIOVANNI EVANGELISTA di Tivoli	Roma 5	33	80	-	5	33	85
OSPEDALE CIVILE CONIUGI BERNARDINI di Palestrina	Roma 5	40	100	3	4	43	104
INI MEDICUS di Monteripoli	Roma 5	-	58	-	-	-	58
OSPEDALE SS. GONFALONE di Monterotondo	Roma 5	-	6	-	-	-	6
OSPEDALE L. PARODI DELFINO di Colferro	Roma 5	4	4	-	-	4	4
OSPEDALE A. ANGELUCCI di Subiaco	Roma 5	-	2	-	-	-	2
OSPEDALE DEI CASTELLI	Roma 6	30	100	4	10	34	110
REGINA APOSTOLORUM	Roma 6	20	84	-	9	20	93
OSPEDALE DI ALBANO	Roma 6	71	71	9	9	80	80
S. ANNA di Pomezia	Roma 6	-	36	-	-	-	36
VILLA DELLE QUERCE	Roma 6	36	36	-	-	36	36
OSPEDALE ANZIO-NETTUNO	Roma 6	-	20	-	-	-	20
OSPEDALE PAOLO COLOMBO di Velletri	Roma 6	-	15	-	-	-	15
OSPEDALE BELCOLLE	Viterbo	83	152	19	24	102	176
POLO UNIFICATO Rieti-Amatrice	Rieti	25	85	8	8	33	93
P.O. SANTA MARIA GORETTI - Latina (P.O. LATINA NORD)	Latina	106	155	12	23	118	178
CITTA' DI APRILIA	Latina	-	10	-	-	-	10
P.O. DONO SVIZZERO - Formia (P.O. LATINA SUD)	Latina	-	-	-	6	-	6
P.O. F. SPAZIANI - Frosinone (Polo Unificato Frosinone-Alatri)	Frosinone	86	127	10	24	96	151
P.O. SANTA SCOLASTICA - Cassino	Frosinone	-	72	-	8	-	80
INI CITTA' BIANCA di Veroli	Frosinone	136	89	-	-	136	89
VILLA GIOIA	Frosinone	-	29	-	-	-	29
VILLA SERENA	Frosinone	38	-	-	-	38	-
SAN RAFFAELE CASSINO	Frosinone	-	24	-	-	-	24
Totale		2.381	4.429	532	901	2.913	5.310