Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19

L'evolversi della situazione epidemiologica - partendo dall'impatto provocato in alcune realtà regionali, rappresentato nel corso della riunione del 23 marzo 2020, ove sono stati sentiti i contributi e acquisite le esperienze maturate sul territorio nazionale - rende necessario aggiornare e uniformare, quanto più possibile, il percorso organizzativo dei servizi regionali ospedalieri e territoriali, anche con iniziative di carattere straordinario ed urgente fondate sulle disposizioni concernenti il contrasto ed il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2 emanate dal Governo con i Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri del 08.03.2020, del 09.03.2020 e del 17.03.2020.

Allo scopo di accelerare la conclusione dei piani per la gestione dell'emergenza, di cui alla circolare ministeriale del 01.03.2020, nonché di implementare le indicazioni operative delle attività ospedaliere volte a fronteggiare l'epidemia sulla base dei fabbisogni relativi alla curva pandemica, si forniscono ulteriori indicazioni operative, fermo restando quelle già contenute nelle circolari del Ministero della Salute n. 2619 del 29.02.2020, n. 2627 del 01.03.2020 e n. 7422 del 16/03/2020.

In questo quadro generale, è essenziale il ruolo svolto dal personale sanitario che, a vario titolo, si prende cura dei pazienti con COVID-19. E' fondamentale perseguire l'obiettivo volto alla massima tutela possibile del personale, dotandolo di dispositivi di protezione individuale (DPI), di efficienza modulata rispetto al rischio professionale a cui viene esposto. Allo stesso modo, è corretto che il personale sanitario esposto venga sottoposto a indagini (tampone rino-faringeo) mirate a valutare l'eventuale positività per SARS-CoV-2. Questa misura, oltre a costituire una tutela per il personale sanitario, è rilevante anche per i soggetti che vengono a contatto con il personale medesimo e, in questa prospettiva, lo stesso tipo di approccio va rivolto agli operatori tutti, sanitari e non, che operano nelle RSA, ove si concentra un alto numero di soggetti che, soprattutto per età, ma anche per presenza di comorbilità, sono particolarmente fragili ed esposti al rischio di forme severe o addirittura fatali di COVID-19.

Area Ospedaliera

Circa il 50% dei pazienti COVID -19 positivi necessita di ricovero ospedaliero e, di questi ultimi, una quota rilevante, richiede il ricovero in terapia intensiva o comunque necessita di assistenza in area ad alta intensità di cure con il supporto alla ventilazione per periodi lunghi anche di tre o più settimane.

L'esperienza delle Regioni precocemente e maggiormente colpite dalla pandemia, ha determinato un incremento del numero dei posti letto dedicati, con particolare riferimento a quelli di alta intensità di cure e di Terapia Intensiva, nonché di quelli di area medica COVID-19, ben superiori all'incremento previsto dalla circolare ministeriale n. 2627 del 01.03.2020 (alla data odierna, nelle tre Regioni maggiormente colpite, si è già registrato un incremento di posti letto di terapia intensiva pari al 75% e un incremento di posti letto di area medica COVID-19 pari al 700%).

Ricovero ospedaliero

- Nel richiamare quanto espresso nella circolare ministeriale n. 7422 del 16.03.2020, è necessario sospendere le attività di ricovero ospedaliero, ad eccezione di quelle considerate non procrastinabili quali i ricoveri in regime di urgenza (da intendersi in emergenza), ricoveri elettivi oncologici e ricoveri elettivi non oncologici con classe di priorità A (come definita dal PNGLA 2019-2021, di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019). Contestualmente alla sospensione è, pertanto, necessario riprogrammare le attività considerando tutta la rete di offerta ospedaliera, pubblica e privata, rimodulando i contratti in essere in relazione ai contenuti assistenziali e ai sistemi di remunerazione, finalizzandoli all'emergenza COVID-19; la previsione di eventuali oneri aggiuntivi trova un riferimento all'art. 3 del d.L. 18/2020.
  A seguito della sospensione dell'attività ordinaria e al fine di separare nettamente i percorsi assistenziali:

- è necessario identificare prioritariamente strutture/stabilimenti dedicati alla gestione esclusiva del paziente affetto da COVID- 19, tenuto conto che le attività precipue sono legate alle malattie infettive, assistenza respiratoria e terapia intensiva. Parimenti, è necessario individuare altre strutture ospedaliere da dedicare alla gestione dell'emergenza ospedaliera NON COVID (patologie complesse tempodipendenti).

- Qualora sul territorio regionale esistano ulteriori strutture ospedaliere che non sono direttamente coinvolte nella rete COVID-19, né in quella emergenziale NON COVID, queste ultime possono essere utilizzate per contribuire ad attività necessarie (es. raccolta sangue), nonché per la riprogrammazione dell'attività assistenziale nei confronti di pazienti che non possono interrompere il percorso di cura, con prestazioni dirette ovvero con monitoraggio da remoto (es. attraverso strumenti di telemedicina).

- Solo in casi eccezionali, laddove non risulti possibile la separazione degli ospedali dedicati alla gestione esclusiva del paziente affetto da COVID-19 da quelli NON COVID-19, i percorsi clinico-assistenziali e il flusso dei malati devono, comunque, essere nettamente separati.
  Occorre individuare specifiche strategie organizzative e gestionali che, nel più breve tempo possibile, consentano la netta separazione delle attività COVID-19 e mettano a disposizione, in relazione all'evoluzione dell'epidemia, l'ampliamento della rete dedicata COVID-19. Pertanto, i pazienti non affetti da COVID-19 ancora ricoverati devono essere allocati in strutture e stabilimenti alternativi al fine di evitare pericolose infezioni nosocomiali.

- E', comunque, assolutamente indispensabile individuare tutte le possibili strutture ospedaliere (pubbliche e private) dotate di reparti o aree con impianto di erogazione di ossigeno, aria compressa e vuoto o implementabili in tal senso. Si sottolinea, inoltre, la necessità di valutare preventivamente e compiutamente la possibilità di erogazione di ossigeno massimamente realizzabile, eventualmente implementandola in virtù delle necessità emergenti dal quadro epidemiologico locale.

- Le farmacie delle strutture sanitarie devono attivarsi per una previsione di approvvigionamento farmaci che tenga conto dell'incrementato numero di accessi ospedalieri nell'ambito della situazione emergenziale legata alla pandemia da SARS-CoV-2. Questa previsione deve considerare sia farmaci utili al trattamento specifico dei malati COVID-19 sia la dotazione di device legati alla ventilazione invasiva e non invasiva. Non andrà trascurata anche la dotazione farmaceutica di prodotti atti a prevenire infezioni ospedaliere non legate a COVID-19 (es. sovrainfezioni batteriche nelle strutture di terapia intensiva).

Sistema di emergenza territoriale

- Per fronteggiare il forte incremento delle chiamate e per salvaguardare la funzionalità del 112 è necessario procedere ad una differenziazione delle chiamate ai numeri 112/118, deputati alla gestione dell'emergenza, dalle chiamate finalizzate a fornire risposte informative, prevedendo l'interconnessione tra il sistema 112/118 e le altre centrali di risposta eventualmente attivate e sistemi di triage laico situazionali per indirizzare il cittadino alla risorsa più appropriata. In presenza di qualsiasi sintomo dichiarato deve, comunque, essere previsto il contatto sanitario.

- Nel richiamare quanto espresso nella circolare ministeriale n. 2619 del 29.02.2020, si ribadisce che è necessaria l'attivazione di un sistema dedicato di monitoraggio continuo dei posti letto di area critica a livello regionale, da effettuarsi da parte del sistema territoriale dell'emergenza 118 (Centrale Operativa).

- Devono essere definiti protocolli e procedure per la sicurezza delle equipe che operano sul territorio in forma generalizzata stante la difficile previsione diffusiva e particolareggiata per i diversi casi prevedibili in ambito di soccorsi primari e di trasporti interospedalieri.

Pronto Soccorso

- In tutti i Pronto Soccorso devono essere previsti specifici percorsi di *pre-triage* tesi ad individuare tempestivamente i pazienti sospetti positivi al COVID-19 al fine di indirizzarli verso i percorsi specificatamente dedicati ed evitare al massimo contaminazioni, sia tra i soggetti in attesa di diagnosi, sia contaminazioni intraospedaliere da parte di soggetti affetti da patologie acute ma a rischio di essere COVID-19 positivi non ancora diagnosticati.

- Nei Pronto Soccorso degli ospedali COVID-19, atteso che gran parte dell'attività ordinaria riferita ai codici bianchi e verdi si riduce drasticamente mentre aumenta grandemente quella per i pazienti affetti da sintomatologia suggestiva per COVID-19, senza o con problematiche respiratorie, è necessario implementare l'attività in tale direzione favorendo nel più breve tempo possibile la domiciliazione ove prevista, ovvero laddove appropriata l'allocazione dei pazienti nelle diverse strutture a bassa, media e alta complessità della rete di offerta individuata.

- L'attività di *triage*, la successiva definizione diagnostica e le procedure di dimissione e/o ricovero non devono andare a detrimento di un veloce turnover dei mezzi di soccorso già

fortemente impegnati nei tempi dalle previste procedure di sicurezza nella presa in carico dei pazienti, dalle necessarie operazioni di pulizia e sanificazione ove prevista.

- E' necessario definire accordi con enti/associazioni di volontariato per un maggior apporto del numero dei mezzi deputati all'emergenza. In particolare, si sottolinea l'importanza di garantire quanto più velocemente possibile l'arrivo di mezzi di emergenza nei siti oggetto di chiamata per condizioni critiche dei pazienti, inclusi quelli affetti da patologie diverse da COVID-19, che potrebbero avere significativo detrimento da un ritardo nell'arrivo dei mezzi di soccorso (es. pazienti infartuati o colpiti da *stroke*). E' necessario programmare e realizzare nel minor tempo possibile la formazione del personale dedicato alla gestione dei malati affetti COVID-19 al fine di garantire la migliore gestione terapeutica degli ammalati e la sicurezza degli operatori sanitari.

Area Territoriale

- L'attuale situazione di diffusa emergenza e l'evolversi della situazione epidemiologica, cui si associano le disposizioni di separazione sociale e di isolamento domiciliare, impongono l'assunzione immediata di iniziative di carattere straordinario ed urgente, soprattutto con riferimento alla necessità di realizzare una compiuta azione di previsione e prevenzione, monitoraggio e presa in carico, a livello territoriale, così da contribuire ad una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, sia al fine di contenere la diffusione del contagio, sia con funzione di filtro, necessario a frenare l'afflusso negli ospedali.
- I modelli organizzativi di gestione dell'assistenza territoriale, da adottare nei relativi piani di emergenza COVID -19, devono in particolare implementare i sistemi di sorveglianza sanitaria in termini di uniformità, di equità d'accesso, responsabilizzazione e definizione dei ruoli di tutti gli attori (pazienti, caregivers, medici e altri operatori sanitari) oltre alle necessarie azioni di sorveglianza attiva e propedeutiche (empowerment, formazione etc.).

- **In particolare si evidenziano i seguenti punti:**

Presa in carico pazienti COVID-19

- Le Unità speciali di continuità assistenziale, istituite ai sensi dell'art 8, d.L. 9 marzo 2020 n. 14, recante" Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19", svolgono un ruolo essenziale nella gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero.
- È necessario potenziare la presa in cura e la sorveglianza territoriale attiva per i pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio affetti da COVID-19, dimessi, o paucisintomatici non ricoverati e per i pazienti in isolamento fiduciario per i contatti di caso o i pazienti sintomatici senza evidenza di contatto, nonché i pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti che a seguito dell'emergenza in corso costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione.
- Nell'ambito di tale attività, valutate le singole condizioni relazionali, abitative e sociali, qualora le medesime non risultino idonee a garantire l'isolamento, i servizi di sanità

pubblica territorialmente competenti, in raccordo con i MMG e l'Unità speciale di continuità assistenziale, garantita la necessaria assistenza sanitaria, mediante coprogettazioni, con i servizi sociali delle amministrazioni comunali e le associazioni di volontariato, adottano specifici protocolli che definiscano tutte le misure necessarie per assicurare la massima tutela e il supporto per le necessità della vita quotidiana per le persone sole e prive di caregiver.

- Le Regioni, in considerazione di quanto previsto dall' art. 4, comma 1, del d.L. 17 marzo 2020, n. 18, sono tenute a impostare sistemi di sorveglianza e monitoraggio volti al contenimento del contagio e del rischio connesso alle situazioni intrafamiliari, istituendo una gestione per coorti, presso strutture residenziali e/o alberghiere rivolte a quei soggetti che, a causa di ragioni logistiche, strutturali, socio-economiche, non possono essere accolti in isolamento presso il proprio domicilio.
- Analoghe soluzioni di alloggiamento possono essere rivolte al personale sanitario e socio-sanitario maggiormente esposto, ai fini di tutelare i medesimi e i rispettivi nuclei familiari.
- Nei casi in cui occorra disporre temporaneamente di beni immobili per far fronte ad improrogabili esigenze connesse con l'emergenza, come statuito dall'art 6 del d.L. citato, il Prefetto, su proposta del Dipartimento della protezione civile e sentito il Dipartimento di prevenzione territorialmente competente, può disporre, con proprio decreto, la requisizione in uso di strutture alberghiere, ovvero di altri immobili aventi analoghe caratteristiche di idoneità, per ospitarvi le persone in sorveglianza sanitaria e isolamento fiduciario o in permanenza domiciliare, laddove tali misure non possano essere attuate presso il domicilio della persona interessata.
- I MMG i PLS e i MCA, mediante la sorveglianza sanitaria attiva operata con triage telefonico di iniziativa, comunicano il nominativo e l'indirizzo dei pazienti all'unità speciale di continuità assistenziale che opera per valutazioni dei soggetti con sintomatologia che devono essere considerati come sospetti casi COVID-19. I medici dell'Unità Speciale per lo svolgimento delle specifiche attività devono essere dotati di ricettari del SSN e idonei dispositivi di protezione individuale e seguire tutte le procedure già all'uopo prescritte. Per le attività dell'Unità Speciale di continuità assistenziale possono essere coinvolti i medici di specialistica ambulatoriale. I MMG, PLS e MCA inviano ai Dipartimenti di salute pubblica le segnalazioni riguardanti l'insorgenza dei sintomi nei propri assistiti. I distretti valutano l'opportunità di istituire un riferimento/centrale che coadiuvi i MMG, PLS, MCA, per individuare il percorso più appropriato dei pazienti fra ospedale e territorio.

Residenze Sanitarie Assistite (RSA)

- Nell'ambito delle strategie di prevenzione, assistenza e controllo del contagio si segnala l'emergenza connessa agli ospiti/pazienti ricoverati nelle Residenze Sanitarie Assistite, per i quali è necessario attivare una stretta sorveglianza e monitoraggio nonché il rafforzamento dei setting assistenziali. Nelle RSA alberga la popolazione più fragile ed esposta al maggior rischio di complicanze fatali associate all'infezione da COVID-19 e considerata l'esperienza delle Regioni precocemente colpite dalla pandemia, è necessario identificare prioritariamente strutture residenziali assistenziali dedicate ove trasferire i pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, per evitare il diffondersi del contagio e potenziare il relativo setting assistenziale.

- Come ricordato in premessa, dovranno, pertanto, essere previsti percorsi formativi e di prevenzione specifica per tutto il personale ivi operante. E' di fondamentale importanza che tutti gli operatori sanitari coinvolti in ambito assistenziale siano opportunamente formati e aggiornati in merito ai rischi di esposizione professionale, alle misure di prevenzione e protezione disponibili, nonché alle caratteristiche del quadro clinico di COVID-19.
  E', comunque, indispensabile potenziare il personale in servizio presso queste strutture, anche attraverso i meccanismi di reclutamento straordinario già attivato per le strutture di ricovero ospedaliero, nonché la possibilità di ricorrere a personale già impiegato nei servizi semiresidenziali e domiciliari. E' indispensabile effettuare in maniera sistematica tamponi per la diagnosi precoce dell'infezione a carico degli operatori sanitari e socio-sanitari e dotarli dei dispositivi di protezione individuale. Occorre, altresì, garantire la continuità dei servizi di mensa, lavanderia, pulizie e servizi connessi, estendendo anche a questi operatori le misure mirate a definire una eventuale infezione da SARS-CoV-2,
- L'emergenza COVID, la sospensione di tante attività ordinarie, hanno determinato di fatto un depauperamento dell'assistenza, aggravando i rischi della popolazione anziana, comorbida o, comunque, affetta da patologie invalidanti o dai loro esiti, nonché l'attuale situazione di ridotta mobilità della persona e degli eventuali caregivers, comportano la necessità di un'implementazione di servizi assistenziali specifici, erogati in forma individuale (es. consegna dei dispositivi, presidi e ausili per popolazioni fragili che necessitano di frequenti sostituzioni e/o approvvigionamenti di materiale specifico).
- Nell'ambito di tale riorganizzazione dei servizi è necessario rimodulare i rapporti contrattuali in essere con i soggetti erogatori, specializzati nella gestione di servizi di assistenza sanitaria e sociale. L'assistenza domiciliare integrata è, quindi, la modalità privilegiata di intervento per rispondere ad esigenze complesse soprattutto degli anziani affetti da patologie croniche, poiché permette l'erogazione di prestazioni sanitarie favorendo il mantenimento del paziente nel contesto abitativo e familiare di vita quotidiana.

Iniziative di coordinamento per l'utilizzo dell'ICT nell'emergenza Covid-19

Considerato che l'uso sistemico delle tecnologie emergenti (data analytics, intelligenza artificiale) e della telemedicina (teleconsulto, televisita) ha già dato prova in altri Paesi del mondo di fornire un contributo molto efficace per monitorare e contenere il contagio da coronavirus SARS-CoV-2, il Ministro per l'innovazione tecnologica e la digitalizzazione, all'interno del programma "Innova per l'Italia" ha lanciato una specifica Call for contributions rivolta alle Pubbliche Amministrazioni, alle aziende e organizzazioni che hanno già realizzato:

- soluzioni tecnologiche di teleassistenza per pazienti domestici, sia per patologie legate a COVID-19, sia per altre patologie, anche di carattere cronico,

-tecnologie e soluzioni per il tracciamento continuo, l'alerting e il controllo tempestivo del livello di esposizione al rischio delle persone e conseguentemente dell'evoluzione dell'epidemia sul territorio

Ciò al fine di consentire al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, di valutare le migliori soluzioni digitali disponibili

relativamente ad app di telemedicina e assistenza domiciliare dei pazienti e a strumenti e strategie basati sulle tecnologie per il monitoraggio "attivo" del rischio di contagio, e coordinare a livello nazionale l'adozione e l'utilizzo di queste soluzioni tecnologiche, al fine di migliorare i risultati in termini di monitoraggio e contrasto alla diffusione del Covid-19.

Sperimentazione dei medicinali e dispositivi medici

Infine, come disposto dall'art. 17, del d.L. 17 marzo 2020, n. 18. "Disposizioni urgenti in materia di sperimentazione dei medicinali e dispositivi medici per l'emergenza epidemiologica da COVID", per individuare possibili opzioni terapeutiche efficaci nei confronti dell'infezione da COVID-19 è necessario condurre studi clinici in grado di dimostrare che i benefici superino i rischi. Per questa ragione, tenuto conto della straordinarietà della situazione, la Commissione tecnico scientifica dell'AIFA ha il compito di valutare tutti i possibili protocolli di studio con la massima rapidità (entro pochissimi giorni dal momento della sottomissione). La stessa tempestività è garantita per la successiva valutazione condotta dal Comitato Etico Unico a livello nazionale che ha sede presso l'INMI Lazzaro Spallanzani. In questa fase emergenziale si raccomanda alle Regioni di focalizzare l'attenzione sui protocolli di studio a valenza unicamente nazionale e internazionale. Solo la condivisione dei protocolli clinici, che possono coinvolgere sia il livello ospedaliero sia quello territoriale e una valutazione centralizzata e coordinata garantisce qualità scientifica e rappresentatività, tali da fornire risposte chiare per i pazienti e per il SSN. Al contrario, la dispersione che si realizza attraverso la conduzione di micro-studi, perfino a livello di singolo ospedale, rischia inevitabilmente di ritardare l'acquisizione delle conoscenze indispensabili per la più rapida individuazione di trattamenti efficaci.

Ministero della S
2020.03.25 18:04:51
Direzione Generale c
Direttore Generale
Andrea Urbani