



Azienda Sanitaria Regionale del Molise

PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DELL'EMERGENZA CORONAVIRUS

- FASE 2 -

Il presente documento rientra fra le misure adottate dalla ASReM in risposta all'emergenza COVID-19 ed identifica le azioni chiave necessarie per ricalibrare la risposta del Sistema Sanitario Pubblico Regionale in funzione dell'evoluzione della situazione epidemiologica regionale, così come previsto dal Piano Aziendale per la Gestione dell'Emergenza Coronavirus di cui alla DDG n. 31 del 13.03.2020 e dal Piano Integrativo Organizzativo dei Posti Letto per l'Emergenza Covid-19 di cui alla DDG n. 55 del 18.03.2020. Inoltre, con DDG n. 48 del 16.03.2020 è stato approvato il documento relativo ai Percorsi operativi per la gestione emergenza COVID- 19 e le successive modifiche ed integrazioni.

L'obiettivo del presente documento, preso atto dell'andamento della diffusione del Sars-COV-2 a livello regionale nel corso del primo mese dell'epidemia, è quello di esporne una sintesi al fine di meglio comprendere le implicazioni delle diverse strategie adottate per fronteggiare la diffusione del virus e le conseguenze del Covid19 in contesti diversi e fornire una base conoscitiva per sviluppare ulteriori analisi e trarne indicazioni per il futuro prossimo.

Il gruppo di lavoro ASREM per coordinamento delle misure di contenimento delle infezioni da nuovo coronavirus Covid-19 ha elaborato un sistema di indicatori utile a valutare l'effetto che i diversi provvedimenti emergenziali (adottati a livello nazionale e a livello regionale) hanno avuto sull'andamento del contagio e per comprendere le implicazioni sui modelli organizzativi progressivamente adottati sul territorio regionale.

CONTESTO NORMATIVO

Data	Ambito	Provvedimento	Sintesi dei contenuti
31 gennaio 2020	Italia	Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020	➤ Dichiarazione dello stato di emergenza
23 Febbraio 2020	Italia	Decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6 (in Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n. 45 del 23 febbraio 2020), coordinato con la legge di conversione 5 marzo 2020, n. 13 (in questa stessa Gazzetta Ufficiale - alla pag. 6), recante: «Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.»	➤ Identificazione delle restrizioni in alcuni comuni del Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Marche
1 Marzo 2020 4 marzo 2020	Zone primi focolai e Italia	Dpcm 1 marzo 2020 «Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19» Dpcm 4 marzo 2020 «Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale.»	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Attivazione modello di cooperazione interregionale ➤ Incremento della disponibilità dei posti letto, + 50% in terapia intensiva ➤ Coordinamento trasporti regionali ed interregionali (CROSS) ➤ Incremento del 100% dei posti letto in unità di pneumologia e malattie infettive, isolati e dotati di strumenti per il supporto alla respirazione (compresa ventilazione assistita) ➤ Identificazione COVID Hospital ➤ Sospensione delle attività didattiche di scuole di ogni grado e università
9 marzo 2020	Italia	Decreto legge 9 marzo 2020, n. 14 «Disposizioni urgenti per potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19»	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Potenziamento delle risorse umane SSN; ➤ Potenziamento delle reti assistenziali (attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale - USCA)
11 Marzo 2020	Italia	Dpcm 11 marzo 2020 «Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale.»	➤ Chiusura attività commerciali (non beni di prima necessità e attività operanti nel settore della ristorazione)

Data	Provvedimento	Sintesi dei contenuti
17 Marzo 2020	Decreto Legge del 17 marzo n.18 - Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale ➤ Misure a sostegno del lavoro ➤ Misure a sostegno della liquidità attraverso il sistema bancario ➤ Misure fiscali a sostegno della liquidità delle famiglie e delle imprese
22 Marzo 2020	Dpcm 22 marzo 2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Chiusura attività produttive e commerciali ➤ Restrizione alla circolazione di persone tra comuni
25 Marzo 2020	Decreto Legge del 25 marzo 2020 n.19 - Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Misure urgenti per evitare la diffusione del COVID-19 ➤ Restrizione negli assembramenti e per la circolazione ➤ Sanzioni
1 Aprile 2020	DPCM 1 aprile 2020 - Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale	➤ Ulteriori misure per il contenimento del contagio (sospensione di ogni attività sportiva e di allenamento)

Data	Ente	Provvedimento	Sintesi dei contenuti
29 Febbraio 2020	MdS	Circolare del Ministero della Salute del 29/02/2020 - Linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da Covid-19	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Requisiti per presidi COVID ➤ postazioni isolate per osservazione di pazienti ventilati/intensivi sospetti SARS – CoV – 2 in attesa risultati test diagnostici eseguiti; ➤ terapie intensive di coorte (separate) (UTI) ➤ UTI prioritariamente create in strutture ospedaliere con reparti di malattie infettive e nelle strutture ospedaliere di riferimento ECMO1 ➤ Definizione criteri di accesso al trattamento intensivo dei pazienti COVID-19, loro gestione clinica ed assistenziale; ➤ Criteri di distribuzione e utilizzo dei DPI e relativa formazione del personale; ➤ la previsione di ampliare la capacità di ogni singola struttura ospedaliera mediante l'attivazione di posti letto di area critica attualmente non funzionanti e/o procedere ➤ rimodulazione dell'attività programmata; ➤ formazione del personale per utilizzo dei sistemi di ventilazione e alla corretta adozione dei DPI.
1 Marzo 2020	MdS	Circolare del Ministero della Salute del 01/03/2020 - Incremento disponibilità posti letto de Servizio Sanitario Nazionale e ulteriori indicazioni relative alla gestione dell'emergenza	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Attivazione modello di cooperazione interregionale ➤ Incremento della disponibilità dei posti letto, + 50% in terapia intensiva ➤ Coordinamento trasporti regionali ad interregionali (CROSS) ➤ Incremento del 100% dei posti letto in unità di pneumologia e malattie infettive, isolati e dotati di strumenti per il supporto alla respirazione (compresa ventilazione assistita)
9 marzo 2020	Governo	Decreto Legge 9 marzo 2020, n. 14 «Disposizioni urgenti per potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19»	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Potenziamento delle risorse umane SSN; ➤ Potenziamento delle reti assistenziali (attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale - USCA)
16 Marzo 2020	MdS	Circolare del Ministero della Salute 16/03/2020 - Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificazione prestazioni ambulatoriali e ospedaliere non COVID differibili
25 Marzo 2020	MdS	Circolare del Ministero della Salute del 25/03/2020 - Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rimodulazione contratti per prestazioni COVID e non COVID con operatori privati ➤ Differenziazione chiamate al 112/118 ➤ Linee di indirizzo per gestione territoriale e RSA ➤ Coordinamento soluzioni ICT e Digitali ➤ Sperimentazioni medicinali

Data	Ambito	Provvedimento	Sintesi dei contenuti
3 marzo 2020	Piemonte	Piano complessivo di organizzazione della rete ospedaliera regionale dedicata all'emergenza coronavirus covid19	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Indicazioni sull'organizzazione rete ospedaliera
6 marzo 2020	Lazio	Ordinanza 200003 del «Misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019.»	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Indicazioni sull'organizzazione rete ospedaliera
8 marzo 2020	Lombardia	DGR n. 2908 «Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da Covid – 19»	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rimodulazione della rete ospedaliera; ➤ disposizioni su «cure extra ospedaliere»; ➤ istituzione della Centrale Unica di dimissioni.
15 Marzo 2020	Veneto	Piano Ospedaliero Straordinario	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Riorganizzazione della rete ospedaliera; ➤ Attivazione di strutture «intermedie»
12 Marzo 2020	Emilia Romagna	Documento non disponibile	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Definizione della rete ospedaliera COVID 19
17 Marzo 2020	Lazio	Ordinanza 200009 17/03/2020 «Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019»	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Definizione della procedura per la tele-sorveglianza ed il tele-monitoraggio domiciliare
17 Marzo 2020	Veneto	DGR n. 344 «Approvazione del Piano avente ad oggetto "Epidemia COVID-19: interventi urgenti di sanità pubblica"»	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Definizione delle strategie per l'individuazione dei casi sospetti.
23 marzo 2020	Lombardia	DGR n. 2986 «Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da Covid - 19 – area territoriale»	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Attivazione e disposizioni merito alle Unità Speciali di Continuità Assistenziale
26 marzo 2020	Lazio	Documento non disponibile	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Riorganizzazione della rete ospedaliera
30 Marzo 2020	Veneto	Indicazioni operative per la Presa in Carico del Paziente Sintomatico Sospetto COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Attivazione e disposizioni merito alle Unità Speciali di Continuità Assistenziale

	Profilo di sintesi	Strategie e ricerca della popolazione contagiata	Assistenza ospedaliera	Assistenza Domiciliare	Assistenza intermedia
Italia	A livello nazionale l'Indicazione alle Regioni ha riguardato la riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale e delle relative dotazioni.	Le indicazioni fornite dal Ministero della Salute sull'effettuazione di test diagnostici, attualmente aggiornate al 3 aprile, prevedono l'esecuzione prioritaria del test ai casi clinici sintomatici/paucisintomatici e ai contatti a rischio familiari e/o residenziali sintomatici e agli operatori sanitari e assimilati a maggior rischio	Prevista la riorganizzazione della rete ospedaliera con l'ampliamento dei posti letto disponibili in terapia intensiva (+50%) e in regime ordinario in pneumologia e malattie infettive mediante costruzione e reperimento di nuove strutture (Covid Hospital) e ampliamento di PL in strutture già esistenti	Istituzione di Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA). Monitoraggio attivo da parte dei medici di famiglia, pediatri di libera scelta e SISP	Possibilità di requisizione di alberghi o altri immobili avanti analoghe caratteristiche per ospitarvi le persone in sorveglianza sanitaria.

ORDINANZE DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

Ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. 19 del 7-04-2020 (Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemica da Covid-19 in relazione al cluster epidemico riscontrato nel territorio del comune di Cercemaggiore - provvedimento ex art.3 comma 1 del decreto legge 25 marzo 2020, n.19).

Ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. 18 del 04-04-2020 (Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemica da Covid-19 in relazione al cluster epidemico riscontrato nel territorio del comune di Agnone- Provvedimento ex art.3, comma 1, del decreto legge 25 marzo 2020, n.19).

Ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. 17 del 04-04-2020 (Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemica da Covid-19 in relazione al cluster epidemico riscontrato nei territori dei comune di Pozzilli e Venafrò - Provvedimento ex art.3, comma 1, del decreto legge 25 marzo 2020, n.19).

Ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. 16 del 03-04-2020 (Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemica da Covid-19 in relazione al cluster epidemico riscontrato nel territorio del comune di Termoli - Provvedimento ex art.3, comma 1, del decreto legge 25 marzo 2020, n.19).

Ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. 15 del 03-04-2020 (Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemica da Covid-19 in relazione al cluster epidemico riscontrato nel territorio del comune di Riccia - Provvedimento ex art.3, comma 1, del decreto legge 25 marzo 2020, n.19).

Ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. 14 del 03-04-2020 (Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemica da Covid-19 in relazione al cluster epidemico riscontrato nel territorio del comune di Montenero di Bisaccia - Provvedimento ex art.3, comma 1, del decreto legge 25 marzo 2020, n.19).

Ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. 13 del 02-04-2020 (Emergenza Covid-19 - Indirizzi operativi per la gestione dei rifiuti urbani e per il sistema impiantistico. Ordinanza ex art. 191 del d.lgs. 3 aprile 2006, n. 152, e ss.mm. e ii).

Ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. 12 del 26-03-2020 (Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemica da Covid-19 in relazione al cluster epidemico riscontrato nel territorio del comune di Cercemaggiore - provvedimento ex art.3 comma 1 dl 25 marzo n.1).

Ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. 11 del 24-03-2020 (Revisione temporanea della programmazione del servizio erogato dalle aziende del trasporto pubblico locale ex-traurbano per effetto della situazione emergenziale Covid-19 in attuazione dell'art. 1, n. 5), del D.p.c.m. dell'11 marzo 2020. Proroga termini).

Ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. 10 del 21-03-2020 (Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19. Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica. Disposizioni relative al territorio dei comuni di Pozzilli e Venafro).

Ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. 9 del 18-03-2020 (Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19. ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica. Disposizioni relative al Comune di Riccia).

Ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. 8 del 18-03-2020 (Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19. ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica. Disposizioni relative al Comune di Montenero Di Bisaccia).

Ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. 7 del 15-03-2020 (Interpretazione autentica dell'ordinanza del Presidente della Regione Molise n. 6 del 14 marzo 2020 concernente "ulteriori misure per il contrasto e il contenimento sul territorio regionale del diffondersi del virus Covid-19 ai sensi dell'art. 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica").

Ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. 6 del 14-03-2020 (Ulteriori misure per il contrasto e il contenimento sul territorio regionale del diffondersi del virus Covid-19 ai sensi dell'art. 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica).

Ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. 5 del 14-03-2020 (Ulteriori misure per il contrasto e il contenimento sul territorio regionale del diffondersi del virus Covid-19 ai sensi dell'art. 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica).

Ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. 4 del 14-03-2020 (Revisione temporanea della programmazione del servizio erogato dalle aziende del trasporto pubblico locale extraurbano per effetto della situazione emergenziale Covid-19 in attuazione dell'art. 1, n. 5), del d.p.c.m. dell'11 marzo 2020).

Ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. 3 dell' 8-03-2020 (Ulteriori misure per il contrasto e il contenimento sul territorio regionale del diffondersi del virus Covid-19 ai sensi dell'art. 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica).

Ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. 2 del 26-02-2020 (Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-2019 (Coronavirus). Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica).

Ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. 1 del 24-02-2020 (Ulteriori misure di prevenzione e sorveglianza contro la diffusione della malattia infettiva Covid-19 nel territorio della Regione Molise).

PREMESSA

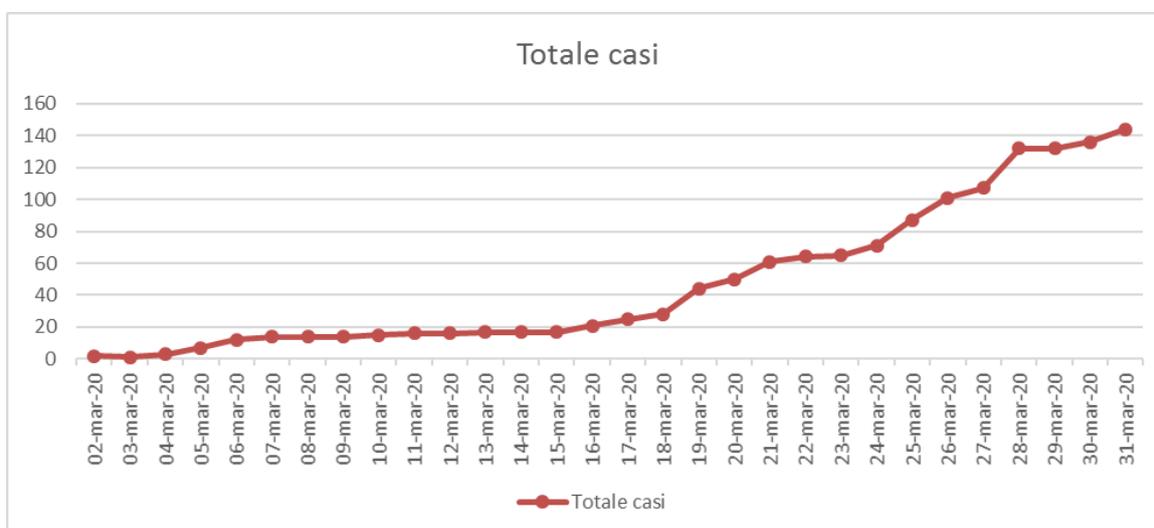
CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

L'attuale situazione di emergenza sanitaria legata al diffondersi del contagio da COVID-19 ha determinato la necessità dell'adozione di misure di carattere urgente e straordinario.

La ASReM ha, costantemente e sin dalle prime fasi di attivazione del SSN, monitorato gli aspetti epidemiologico-clinici della epidemia da SarsCoV2 ed il suo impatto sul territorio Molisano sin dall'esordio.

Ciò al fine di ottenere elementi utili dai dati di tale monitoraggio, per valutare il possibile trend evolutivo dell'epidemia e procedere ad una definizione della capacità di risposta del Sistema Sanitario Pubblico Regionale a tale evento straordinario, individuando aree di eventuale ulteriore ottimizzazione della stessa, viste le risorse limitate.

Durante il primo mese della fase emergenziale l'andamento della curva epidemiologica regionale ha evidenziato un incremento del numero dei casi positivi, in particolare, come peraltro previsto, nel corso delle ultime due settimane, sebbene non drammatico come in altre regioni italiane.



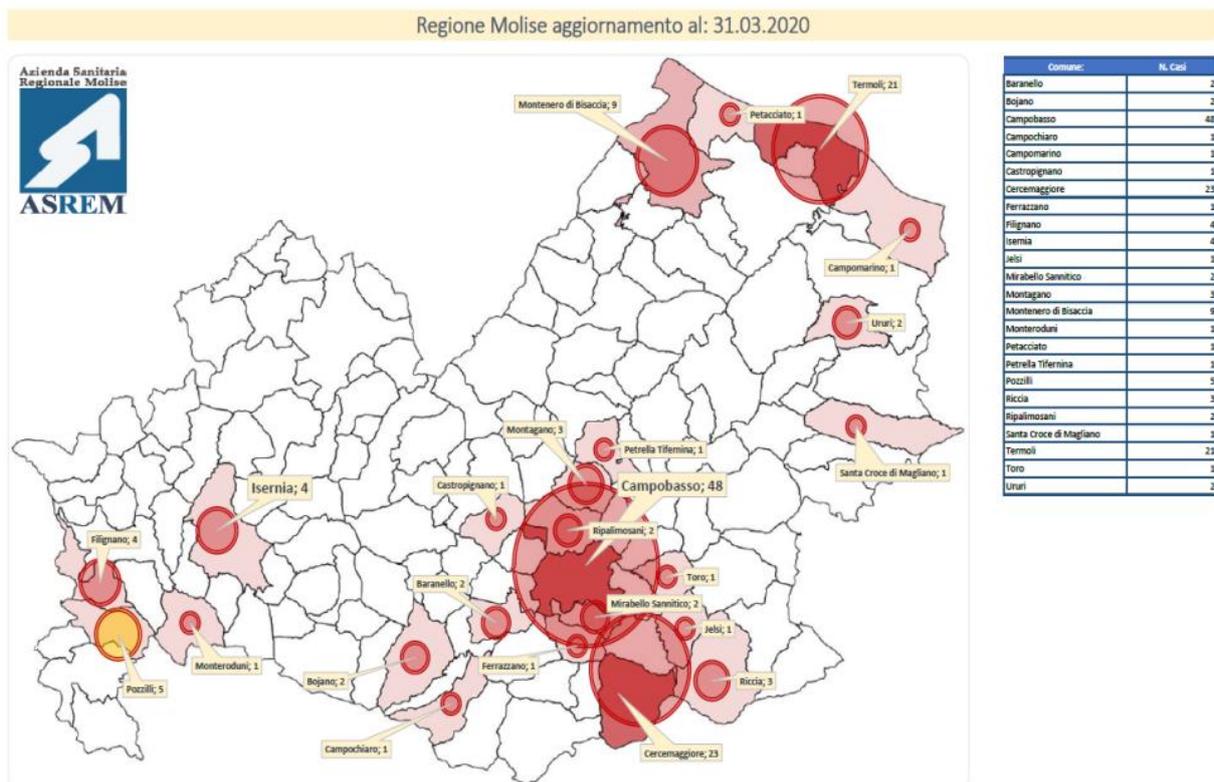
Totale positivi	Popolazione residente	Prevalenza
133	305.617	0.43‰

Ricoverati/positivi	0.2
In T.I./ Positivi	0.05
In T.I./ Ricoverati	0.27
In T.I./ Domiciliari	0.06
Positivi/Tamponi	0.14
Tamponi/P.L. T.I.	129.6
Ospedalizzati/T.I.	3.6

La maggior parte dei casi diagnosticati in Molise all'esordio del contagio, infatti, riportava un collegamento epidemiologico con le zone del Nord Italia più colpite dall'epidemia, anche se non è stato possibile ricostruire, per tutti i pazienti, la catena di trasmissione dell'infezione.

Sulla base dei dati disponibili, stante il periodo di incubazione della malattia, è stato ipotizzato che un numero significativo di casi riconducibili a contatti stretti avuti dai pazienti positivi nei giorni immediatamente precedenti la data di esecuzione del test, si sarebbero potuti manifestare verosimilmente entro la fine del mese di marzo.

L'aumento delle dimensioni, dell'estensione territoriale e della localizzazione del contagio sono da attribuire alla comparsa, in un arco temporale di 15 giorni nella seconda metà del mese di marzo, di numerosi, ma circoscritti cluster epidemici in diversi comuni del territorio regionale.



PERFORMANCE AZIENDALE

AREA STRATEGICA

OSPEDALIERA

La pianificazione delle azioni organizzativo- gestionali previste dal Piano Aziendale per la gestione dell'emergenza Coronavirus di cui alla DDG n. 31 del 13.03.2020 e dal Piano Integrativo organizzativo dei posti letto per l' emergenza Covid-19 di cui alla DDG n.55 del 18.03.2020 , per ognuna delle fasi dell'emergenza, è finalizzata alla ottimizzazione delle cure cliniche in corso di emergenza coronavirus , tenendo conto delle risorse a disposizione, allo scopo di ridurre l'impatto dell'epidemia sui servizi sanitari e assicurare il mantenimento dei servizi essenziali ed il trattamento delle patologie Tempo-dipendenti.

Per la pianificazione della gestione dell'emergenza sono stati considerati i seguenti ambiti



in cui l' Azienda declina il proprio modello organizzativo in termini di azioni, procedure, percorsi.

ATTIVITA' OSPEDALIERA PAZIENTI COVID

Preso atto della complessità assistenziale in emergenza/urgenza dei pazienti COVID 19, il Piano Aziendale per la gestione dell'emergenza Coronavirus ed il Piano Integrativo organizzativo dei posti letto per l'emergenza Covid-19 sopra richiamati, hanno identificato le fasi di attivazione progressiva di strutture di area critica per l'accoglienza dei pazienti affetti da infezione da Covid-19, dimensionate sulla base del possibile numero di pazienti Covid positivi relativi ai possibili scenari epidemiologici.

In relazione ai possibili scenari si distinguono :

Nella PRIMA FASE dell'emergenza: RIANIMAZIONE : 3PL Isolamento + 7 PL non Isolamento (10PL) MALATTIE INFETTIVE: 3PL Isolamento + 6 PL non Isolamento (9PL)
Nella SECONDA FASE dell'emergenza RIANIMAZIONE : 10PL + 3 PL MCAU (13PL) MALATTIE INFETTIVE: 9PL + 12 PL UROLOGIA (21 PL)
Nella TERZA FASE dell'emergenza RIANIMAZIONE : 13PL + 6PL Blocco Operatorio (19PL)* MALATTIE INFETTIVE: 21PL + 16 PL 5° Piano (37 PL)
Nella QUARTA FASE , per il tramite dell'Unità di Crisi Regionale le strutture ospedaliere aziendali spoke e le private accreditate saranno coinvolte nella per l'attivazione di ulteriori PL Covid+ .

*La prevista coorte di PL di terapia intensiva presso il blocco operatorio non è stata attivata poiché si è ritenuto, in un'ottica prudenziale, di ricorrere all'attivazione di tale misura organizzativa come "extrema ratio", solo in una ulteriore fase di maxiemergenza, dopo eventuale saturazione dei PL COVID-19, compresi quelli messi a disposizione dai privati accreditati.

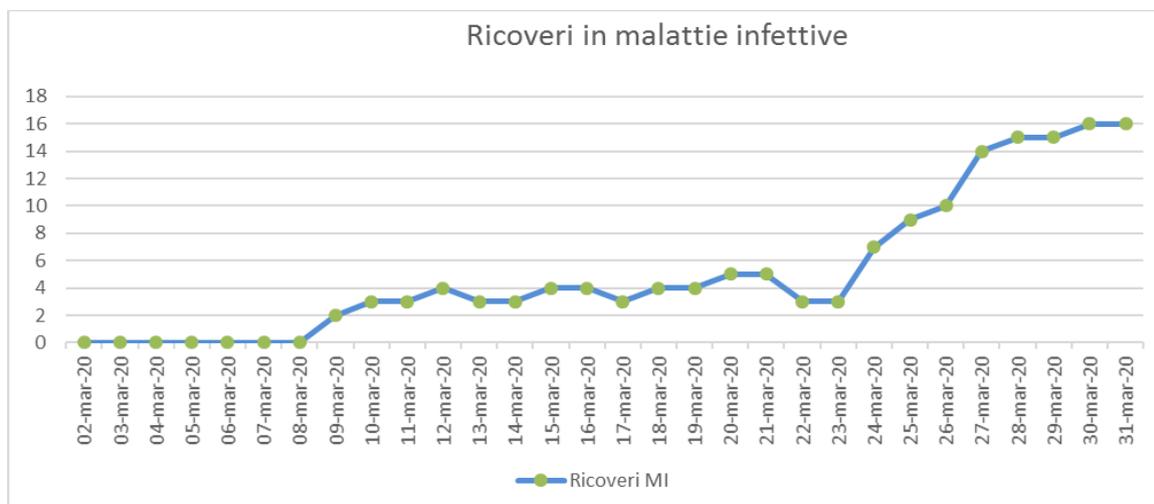
I dati delle evidenze nazionali ed internazionali documentano che circa il 90% dei sintomatici manifesta i sintomi di una ILI (Influenza Like Illness) e guarisce spontaneamente in una o due settimane. Il restante 10% presenta una malattia significativa, tale da richiedere il ricovero ospedaliero, ed il 2% manifesta un grave distress polmonare rapido che necessita di rianimazione ventilatoria. Buona parte degli ammalati gravi, ed in Italia il 98% dei deceduti ha una o più comorbidità, come testimoniato dai rapporti ISS del 30 marzo. La letalità è universalmente stimata intorno al 1-2% ed in gran parte rappresentata da individui molto anziani con comorbidità.

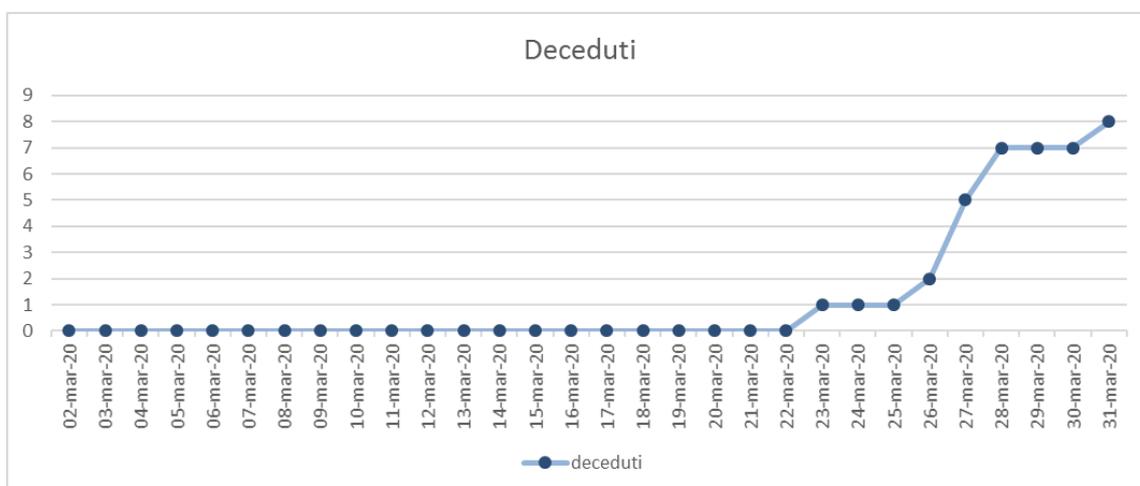
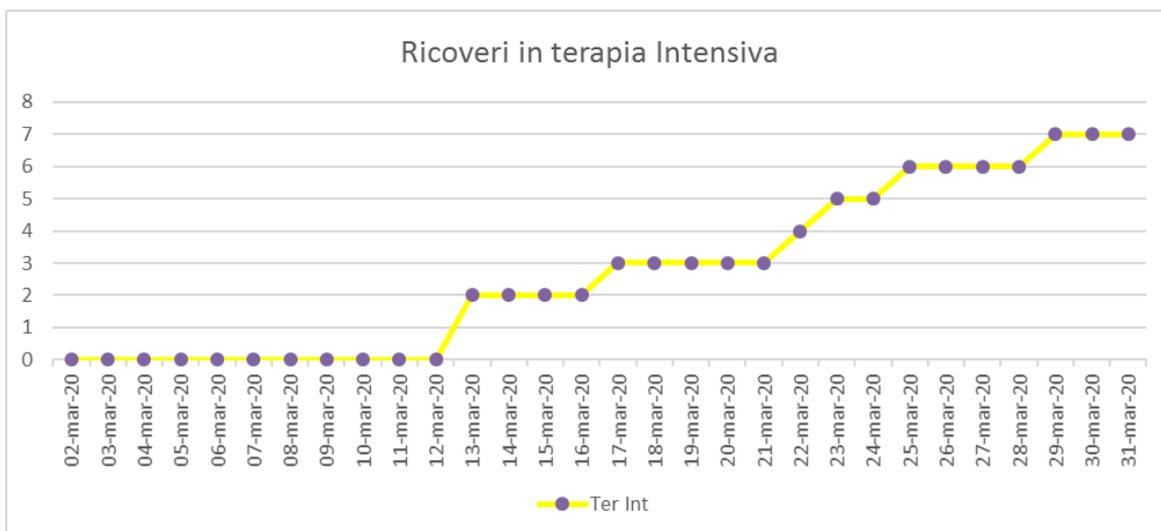
Nel corso del primo mese di gestione dell'emergenza, pertanto, sono già state identificate ed allestite aree ospedaliere, totalmente isolate e diversificate per complessità clinico- assistenziale

ed intensità di cura, in cui i pazienti COVID- 19 sono stati assistiti nella massima sicurezza (Riduzione del numero di varchi di accesso, dell'orario per le visite, del numero di accompagnatori, sospensione delle attività di tirocinio e volontariato, aree pre-triage , predisposizione postazioni di controllo ingresso operatori , percorso COVID adulto, percorso COVID pediatrico, percorso COVID donna gravida, accesso paziente con 118, accesso paziente COVID con mezzo proprio, percorso paziente oncologico, percorso donatori sangue, percorso chirurgico COVID...).

L'andamento dei ricoveri nel corso del mese di marzo presso il PRESIDIO OSPEDALIERO A. CARDARELLI, struttura sanitaria individuata per la presa in carico e gestione dei casi sospetti e accertati di pazienti affetti da infezione da COVID-1, in quanto dotata di posti letto dedicati di isolamento di terapia intensiva e di malattie infettive , nonchè del laboratorio analisi di riferimento per l'esecuzione dei test diagnostici per la diagnosi di infezione da SarsCoV2, è schematicamente riassunto nella seguente tabella.

Ricoveri totali in malattie infettive	50
Ricoveri attuali in malattie infettive	19
Dimessi guariti clinicamente	15
Deceduti	7
Trasferiti in rianimazione	8
N. attualmente ricoverati in malattie infettive a rischio deterioramento respiratorio	3
Pazienti fragili ad elevato rischio	4
Ricoveri totali in rianimazione	10 Di cui 2 prov.fuori regione
Ricoveri attuali in rianimazione	9
Deceduti	1





Come si evince dai dati sull'attività di ricovero, anche considerando la durata delle degenze medie dei pazienti COVID-Positivi riportata dalle statistiche nazionali, il numero di posti letto di area sub-critica attivati ha consentito di fronteggiare il fabbisogno di ricoveri per infezione da virus SARS COV2, garantendo addirittura la disponibilità di posti letto di Rianimazione per pazienti provenienti da fuori regione.

il crescente decongestionamento degli ospedali è il dato che infonde maggiore ottimismo.

Per garantire la piena operatività del piano ospedaliero è stato indispensabile predisporre azioni organizzative per incrementare i posti letto , assicurando la disponibilità delle risorse tecnologiche richieste e necessarie per l'allestimento di coorti e macroaree di area critica, nonché l'implementazione della dotazione organica di personale medico ed infermieristico rapportata alla tipologia ed alla complessità delle attività necessarie, come riassunto nella tabella seguente.

DISCIPLINA	TIPOLOGIA CONTRATTUALE	FABBISOGNO	NR. CONTRATTI STIPULATI
ANESTESIA E RIANIMAZIONE		15	0
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	Libero Professionale - Medico specializzando	10	1
RADIOLOGIA	Libero Professionale - Medico Specialista	10	1
MEDICINA D'URGENZA	Libero professionali - Medici iscritti Albo Professionale	25	8
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO		4	0
MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO		10	0
MEDICINA INTERNA	Libero professionali - Medici iscritti Albo Professionale	15	6
	Libero Professionale - Medico specializzando		1
		89	17
Si è proceduto ad indire Avvisi per le suindicate discipline per reclutamento ai sensi dell'art. 1, c. 1, lett.a); Art. 1, c. 3; Art. 1, c. 6, del decreto-legge n. 14 del 09/03/2020			
QUALIFICA	TIPOLOGIA CONTRATTUALE	FABBISOGNO	NR. CONTRATTI STIPULATI
INFERMIERE	Libero professionale	50	24
OPERATORI SOCIO SANITARI	Libero professionali	80	15
		130	39
Si è proceduto ad indire Avvisi per le suindicate qualifiche per reclutamento ai sensi dell'art. 1, c. 1, lett.a), del decreto-legge n. 14 del 09/03/2020			

ATTIVITA'OSPEDALIERA PAZIENTI no-COVID

Come noto, la Regione Molise con il Programma Operativo Straordinario 2015-2018, recepito con DCA n.52 del 12 settembre 2016 “- Accordo sul Programma Operativo Straordinario 2015-2018 della Regione Molise. (Rep. Atti n. 155/CSR del 03/08/2016). Provvedimenti “ ha definito il modello organizzativo della rete ospedaliera regionale molisana e, contemporaneamente, l’assetto della Rete dell’Emergenza.

Nello specifico, il modello organizzativo definito dalla normativa vigente, prevede che, all’interno dei percorsi della emergenza-urgenza, gli ospedali siano differenziati, in:

Ospedale Cardarelli, sede dell’ unico DEA di I Livello (Centro Hub) presente sul territorio , Presidi Ospedalieri di Isernia e Termoli , sede di PS (Centri Spoke).

Sono stati predisposti e realizzati percorsi differenziati e nettamente separati per i pazienti COVID e no-COVID e definite procedure organizzative per garantire in sicurezza le attività no-COVID (isolamento e separazione dalle altre Sale Operatorie di quelle per le emergenze chirurgiche , percorso nascita, patologie tempo-dipendenti, dialisi, chemioterapia...), ivi compreso il trasferimento secondario presso le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione no-COVID dei presidi aziendali Spoke.

Al momento, come documentato dai risultati dei test di screening effettuati attraverso l'esecuzione dei tamponi per la ricerca molecolare del virus SARS-COV2 su operatori sanitari e pazienti, non ci sono evidenze di criticità relative alla tenuta delle procedure di sicurezza.

Inoltre, le indagini epidemiologiche condotte sul personale sanitario ospedaliero dei Presidi Spoke risultato positivo ai test per la ricerca dell'infezione da SarsCOV2, testimoniano, in tutti i casi sinora rilevati, una modalità di contagio non associata alla attività professionale.

I dati disponibili evidenziano una flessione generalizzata, peraltro allineata al contesto nazionale, degli accessi in tutti e tre i Pronto Soccorso dei P.P.O.O. Aziendali e dei ricoveri .

ATTIVITÀ DI PRONTO SOCCORSO NEI PRESIDII OSPEDALIERI REGIONALI									
	Totale accessi in P.S.			Non seguiti da ricovero			Seguiti da ricovero		
	Gennaio	Febbraio	Marzo	Gennaio	Febbraio	Marzo	Gennaio	Febbraio	Marzo
Ospedale Cardarelli	2940	2659	1083	2411	2119	710	529	540	373
Ospedale Isernia	2003	1698	725	1765	1504	597	238	194	128
Ospedale Termoli	2737	2462	584	2313	2100	449	424	362	135
Ospedale Agnone	214	201	117	201	188	111	13	13	6

Ciò è sicuramente riconducibile agli effetti di quanto disposto in ottemperanza alla Circolare Ministeriale n. 7422 del 16.03.2020 circa la sospensione delle attività di ricovero ospedaliero ,ad eccezione di quelle considerate non procrastinabili, quali i ricoveri in regime di urgenza (da intendersi in emergenza) , i ricoveri elettivi oncologici e i ricoveri elettivi non oncologici con classe di priorità A.

Tale flessione, inoltre, è in parte sicuramente riferibile alla quota storica di accessi inappropriati.

Dall'analisi dei dati, emerge tuttavia un'area di grande disagio sociale legata dalla quota di pazienti che hanno rinunciato a cure mediche come conseguenza della percezione del rischio di contagio COVID-19 in ospedale.

In considerazione del compito centrale del MMG/PLS/MCA nel sistema sociosanitario e dei loro ruolo di riferimento prioritario per i cittadini , si ritiene cruciale il coinvolgimento assistenziale sulla gestione e presa in carico proattiva della popolazione no-COVID (cardiopatia ischemica, disabilità, cronicità...) per cui si configura il rischio, durante il periodo emergenziale, di non poter accedere alle cure appropriate.

La Asrem, contestualmente, sta provvedendo alla definizione di strategie organizzative rivolte alle attività in regime di ricovero non urgenti , in particolare quelle di competenza chirurgica, anche con il coinvolgimento dei PP.OO. Spoke Aziendali, al fine di garantire il massimo contenimento possibile dei rischi potenzialmente legati al ritardo dell'iter diagnostico terapeutico per i pazienti che non possono interrompere i percorsi di cura ,con particolare riferimento alle patologie cronico-degenerative.

PERFORMANCE AZIENDALE

AREA STRATEGICA

PREVENZIONE

A seguito della comparsa dei casi di infezione da virus SARS-CoV2, la ASREM ha provveduto ad adottare tutti i provvedimenti necessari per informare, coordinare e supportare l'attività del personale sanitario dipendente, dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, altri enti ed erogatori sanitari e sociosanitari pubblici e privati.

In riferimento alla predisposizione di procedure circa le misure a carattere preventivo e precauzionale volte a contenere il rischio di contagio della popolazione e degli operatori sanitari impegnati nelle attività correlate alla gestione dell'emergenza sanitaria, considerato che tali misure preventive e precauzionali devono riguardare, in primo luogo, l'osservanza delle prescrizioni formulate dalla Presidenza del Consiglio e dal competente Ministero della Salute, questa Azienda ha provveduto alla tempestiva notifica degli atti di riferimento, peraltro puntualmente pubblicati sul sito aziendale, a tutti gli stakeholder.

Le procedure di presa in carico dei pazienti nei diversi setting assistenziali sono state costantemente aggiornate e condivise con specifici documenti di indirizzo, allineati con i dati e le informazioni più recenti disponibili.

In riferimento all'attuazione delle misure di prevenzione/protezione della salute degli operatori con particolare riferimento alla dotazione di DPI a norma di legge, si precisa che la ASREM ha provveduto ad effettuare preliminarmente, ed in una fase antecedente alla dichiarazione dello stato di emergenza, un puntuale inventario relativo a volumi e tipologia dei DPI in dotazione presso i magazzini delle farmacie territoriali ed ospedaliere nonché una minuziosa ricognizione relativa alle dotazioni già disponibili presso ogni singola UO/Servizio aziendale.

All'esito di tale articolata procedura, definito il fabbisogno, ivi compreso quello rappresentato da altre categorie professionali, Enti e strutture sanitarie e sociosanitarie anche private, questa Azienda ha attivato le procedure per l'approvvigionamento, sia dirette previste dalla vigente normativa che indirette, mediate dal Dipartimento di Protezione Civile.

Sono state predisposte specifiche istruzioni operative rivolte a tutto il personale, per regolamentare le procedure di richiesta e distribuzione dei DPI in ragione del profilo di rischio legato alle specifiche caratteristiche attività professionale.

Come previsto dalla normativa vigente, al fine di garantire la massima tutela ai propri

dipendenti ed ai pazienti, la ASREM garantisce regolarmente e prioritariamente l'esecuzione del test per tutti gli operatori sanitari e non impegnati a contrastare l'epidemia a seguito del contatto stretto con casi accertati positivi.

Strutture importanti e fragili nella dinamica dell'epidemia, fonte di estrema preoccupazione e oggetto di costante attenzione e controllo, sono inoltre le numerose case di riposo presenti sul territorio regionale. Nell'ambito dello scenario generale di emergenza è emersa la particolare situazione di vulnerabilità degli ospiti ricoverati nelle case di riposo, case albergo, Residenze Sanitarie Assistenziali ecc..., che rappresentano la popolazione maggiormente esposta al rischio di polmonite virale primaria e sue complicanze conseguenti all'infezione da COVID 19 a causa dell'età avanzata degli stessi e della particolare incidenza di fattori di comorbilità.

L'isolamento degli ospiti, l'individuazione precoce e la sorveglianza dei segni e sintomi della malattia, la quarantena per persone esposte, in aggiunta alle misure di "distanziamento" o "isolamento sociale", soprattutto in una situazione come quella attuale in cui non ci sono interventi farmacologici attuabili, rientrano tra quelle identificate dall'OMS tra le azioni chiave dei Piani Pandemici.

Purtroppo è emersa l'evidenza di forti criticità che hanno per gran parte valenza sociale.

Nell'ottica di prevenzione del rischio di diffusione contagio tra gli ospiti ed il personale di tali strutture e di tutte le RSA regionali, l'Azienda Sanitaria Regionale del Molise ha assicurato la predisposizione di specifiche procedure, la fornitura di DPI, il supporto metodologico, organizzativo e logistico nella attuazione delle misure di isolamento dei residenti, l'esecuzione di test di screening, la disponibilità di strutture aziendali dotate dei requisiti logistici necessari per l'attuazione delle misure igienico-sanitarie necessarie e addirittura l'invio di personale dipendente, sanitario e sociosanitario, in tutte le situazioni di dichiarata incapacità da parte delle strutture colte impreparate dall'emergenza a garantire la continuità assistenziale a disabili, anziani non autosufficienti, persone in condizioni di fragilità sociale ed economica.

Al fine di garantire la omogeneità dei comportamenti organizzativi e l'applicazione univoca di misure e strumenti coerentemente con la normativa vigente e con le Linee guida di riferimento, è stata predisposta apposita procedura organizzativa per la presa in carico dei casi SARS COV2 positivi e negativi da parte del DUP che, comunicato l'esito del test agli interessati, effettua l'indagine epidemiologica entro le successive 24 ore al fine di individuare:

- la modalità di contagio
- la presenza di casi correlati (familiari positivi e/o in sorveglianza e/o quarantena)

- i “contatti stretti” occorsi nei due giorni precedenti la comparsa dei sintomi e nei 14 giorni successivi, cui applicare immediatamente la misura della quarantena.

I Dirigenti medici del Dipartimento competenti per area territoriale di residenza dei pazienti, inoltre redigono contestualmente:

- modulo presa in carico
- certificato inizio quarantena

e provvedono all’invio della suddetta documentazione

- alla Persona interessata
- al Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta che ha in carico il paziente e alle Unità Speciali di continuità assistenziale;
- al Sindaco del Comune di residenza del soggetto posto in sorveglianza;
- alle Prefetture.

OBIETTIVI STRATEGICI II FASE

Presupposto imprescindibile per la piena attuazione del Piano, a garanzia della sicurezza delle cure e degli operatori sanitari è l'implementazione di strategie efficaci per l'approvvigionamento e il dislocamento di DPI e risorse tecnologiche e per aumentare la disponibilità di risorse umane, adottando i necessari provvedimenti affinché la dotazione sia adeguata in termini qualitativi e quantitativi a fronteggiare l'emergenza COVID-19 in ragione delle stime sulla persistenza del virus tra la popolazione nei prossimi mesi.

AREA OSPEDALIERA

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.

Applicando il modello epidemiologico di diffusione adottato dalle altre regioni, si ipotizza, nelle prossime settimane, un ulteriore incremento dei casi positivi in considerazione del numero dei contatti stretti dei casi positivi già diagnosticati posti attualmente in sorveglianza, una ulteriore diffusione del contagio legata alla presenza non quantificabile di casi asintomatici/paucisintomatici di infezione da SarsCoV2 nella popolazione, all'aumento del numero dei test diagnostici.

Si ritiene pertanto realistica l'ipotesi di attivazione completa dei Posti letto di area critica previsti dalla FASE TRE del Piano Aziendale per la gestione dell'emergenza Coronavirus di cui alla DDG n. 31 del 13.03.2020 e dal Piano Integrativo organizzativo dei posti letto per l'emergenza Covid-19.

A breve, andrà poi valutata l'opportunità di tornare gradualmente a una sorta di "normalità sanitaria", iniziando a programmare un piano per la riapertura di tutti i servizi e ripristinando l'offerta sanitaria rimodulata per far fronte all'emergenza, ben sapendo che si dovrà continuare a convivere ancora per lungo tempo con la presenza del virus SARS-COV2 tra la popolazione.

Il modello organizzativo prevede pertanto che presso ciascun presidio si mantengano gli attuali livelli di contenimento del rischio contagio, che sia prevista l'esecuzione dei test diagnostici su tutti pazienti al ricovero ed alla dimissione oltre che sugli operatori sanitari calendarizzati secondo lo specifico profilo di rischio.

E' necessario inoltre prevedere e realizzare aree efficienti e opportunamente attrezzate, distinte e isolate dal resto dei reparti, sulle quali contare, secondo specifici protocolli di sicurezza, per far fronte a esigenze sanitarie legate all'infezione da SARS-COV2 che dovessero verificarsi nei prossimi mesi. Al contempo si procederà a potenziare i servizi collaterali, come l'implementazione del laboratorio analisi, per disporre di un presidio in grado di garantire una autonoma funzione di diagnostica specialistica di infezione da SARS-CoV presso gli Spoke, coordinata dal Laboratorio Regionale di riferimento.

La Asrem, contestualmente, sta provvedendo alla rimodulazione del modello organizzativo funzionale alla ripresa graduale delle attività in regime di ricovero non urgente, in particolare quelle di competenza chirurgica, anche, laddove possibile, con il coinvolgimento in rete dei PP.OO. Spoke Aziendali.

Al fine di garantire la massima efficienza, uniformità di comportamenti e coordinamento delle relative attività, nonché il contenimento dei rischi potenzialmente legati alla presenza di soggetti positivi asintomatici, è individuato un modello organizzativo che preveda la centralizzazione della gestione delle attività di ricovero e che contempra obbligatoriamente l'esecuzione dei test diagnostici per la ricerca del sars-Cov2 prima del ricovero ospedaliero.

Completato il ricovero, per i pazienti "fragili" o gravati da problematiche sociali per i quali è stata formalizzata la dimissione dal reparto, è necessaria l'attivazione di percorsi codificati inerenti:

- Individuazione Setting assistenziale appropriato (cure intermedie o domicilio, ADI)
- Eventuale isolamento dei familiari no- COVID in caso non idoneità delle condizioni abitative
- Attivazione mezzi di trasporto
- Attivazione Sorveglianza attiva durante l'isolamento
- indicazioni pratiche da seguire per le persone che si trovano in isolamento domiciliare e per coloro che le assistono, dalle misure di igiene sanitaria da osservare, alla raccolta e gestione dei rifiuti, all'uso di dispositivi di protezione individuale (guanti, mascherine), alla gestione e lavaggio della biancheria della casa, alla pulizia di superfici contaminate, alle precauzioni da seguire in caso di allattamento
- Autovalutazione parametri clinici

Specifici e mirati interventi di incremento di risorse all'interno del Dipartimento di Emergenza afferenti alle aree critiche COVID-19 , consentiranno di garantire a tale delicata fase del percorso assistenziale, standard di tempestività e appropriatezza adeguati e di evitare il congestionamento delle strutture di emergenza (DISCHARGE UNITS).

CURE INTERMEDIE

PAZIENTI NO-COVID

A fronte della necessità di garantire un efficace turnover di posti letto no-COVID nell'Ospedale per acuti emerge l'urgenza di implementare la disponibilità dei posti letto nel setting "cure intermedie" del sistema regionale (sub-acuti, post-acuti, riabilitazione specialistica sanitaria in particolare pneumologica, cure intermedie intensive, posti letto nelle residenze sanitarie per anziani). Si prevede , inoltre un più dinamico coinvolgimento in rete delle strutture attualmente dedicate al setting assistenziale "cure intermedie", soprattutto attraverso una semplificazione delle procedure previste per la presa in carico dei pazienti NO-COVID garantendo un adeguato turnover dei posti letto per acuti e al contempo la sicurezza attraverso l'esecuzione del test per la ricerca del virus SARS-COV2 prima della dimissione.

PAZIENTI COVID POSITIVI

Considerata la urgente necessità di fronteggiare le criticità emergenti relativa alla necessità di accogliere ed assistere in sicurezza pazienti Covid-19Positivi a bassa intensità asintomatici o paucisintomatici, non autosufficienti o in condizioni di fragilità socio-economica, in strutture extra ospedaliere dotate di idonei requisiti strutturali, logistici ed organizzativi e di personale qualificato e formato, la Asrem, con un grande e tempestivo sforzo organizzativo , ha ampliato la recettività dell'ospedale di Comunità di Venafro, mettendo a disposizione posti letto dedicati ed isolati , senza peraltro determinare interferenze sia dal punto di vista sanitario sia dal punto di vista dell'assistenza alberghiera, con altri ospiti e personale delle stesse strutture residenziali e salvaguardando tutti gli aspetti di sicurezza previsti.

Alla luce di quanto premesso, visto il profilo demografico della regione Molise, caratterizzato da una significativa fascia di popolazione anziana, fragile, non autosufficiente, e valutato il rischio concreto che l' ASREM , viste le risorse strutturali e di personale attualmente

disponibili, non riesca a garantirne un'equa ed omogenea presa in carico dal punto di vista socio-assistenziale, si ritiene indispensabile la predisposizione, a livello istituzionale e d'intesa con Enti locali, enti privati, volontariato, di urgenti soluzioni organizzative, decisive per l'integrazione fra sanitario e sociale e per l'offerta di servizi per l'anziano.

Per tutte le strutture territoriali pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie in regime residenziale e semiresidenziale è previsto il mantenimento delle misure di contenimento del rischio contagio attualmente vigenti.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

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.).

Appare evidente che è assolutamente necessario ridurre l'impatto dell'epidemia sui servizi sanitari e assicurare il mantenimento dei servizi essenziali ed il trattamento e l'assistenza ai pazienti Covid19 positivi.

Esiste una straordinaria evidenza sull'efficacia del tradizionale approccio di contrasto alla trasmissione di infezioni a trasmissione persona a persona :

1. identificare quanto prima possibile i casi sospetti.
2. isolarli al proprio domicilio a casa o in presidi sanitari,
3. Eseguire il test diagnostico rapido
4. Se positivo attivare subito una ricerca attiva dei contatti di prima generazione e testarli sul campo.
5. Isolare i contatti positivi
6. Attivare una ricerca dei contatti di seconda generazione e testarli sul campo.
7. Ripetere ulteriormente le fasi 6 e 7

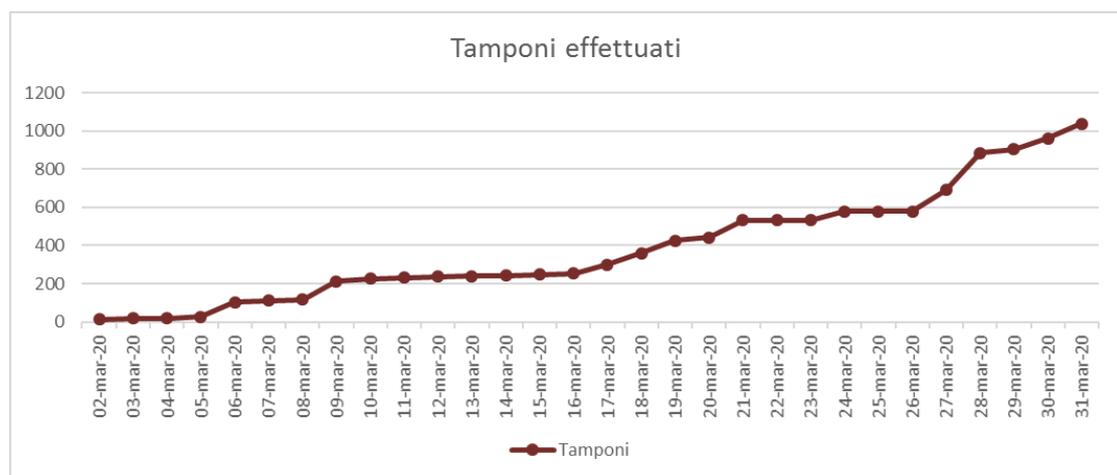
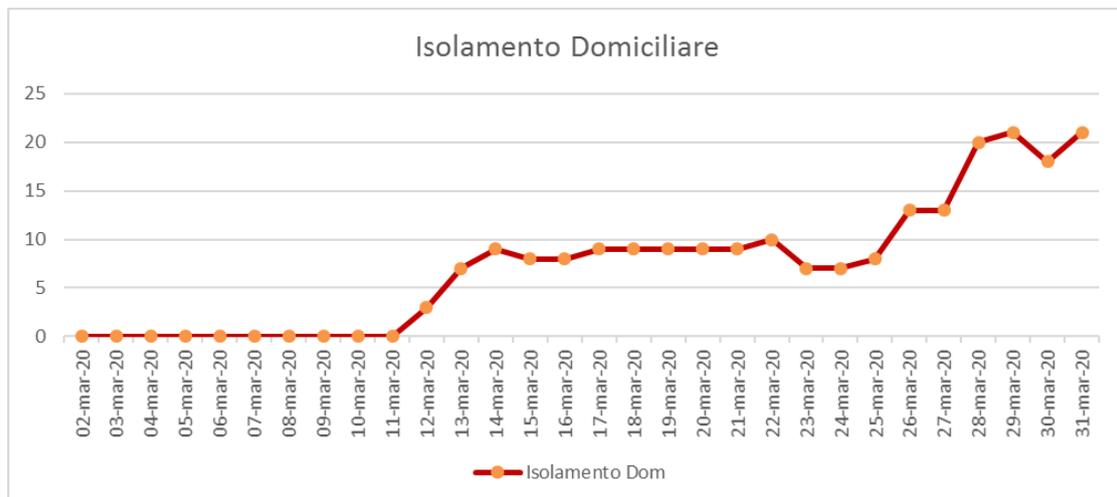
Nel caso di focolai già in atto , come si sta facendo in Italia, attivare immediatamente le più stringenti misure di isolamento dell'area e testare tutti i potenziali esposti applicando la sequenza sopra descritta.

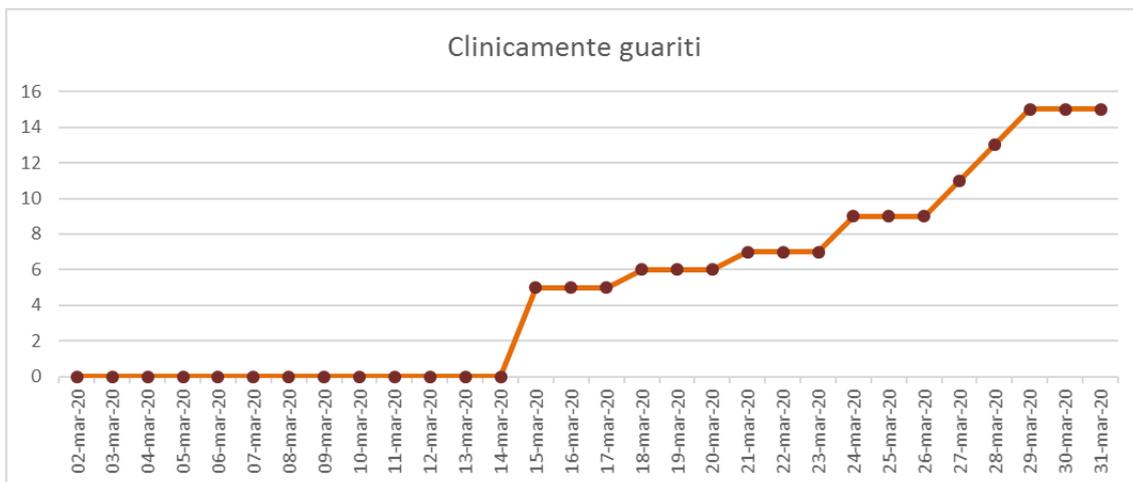
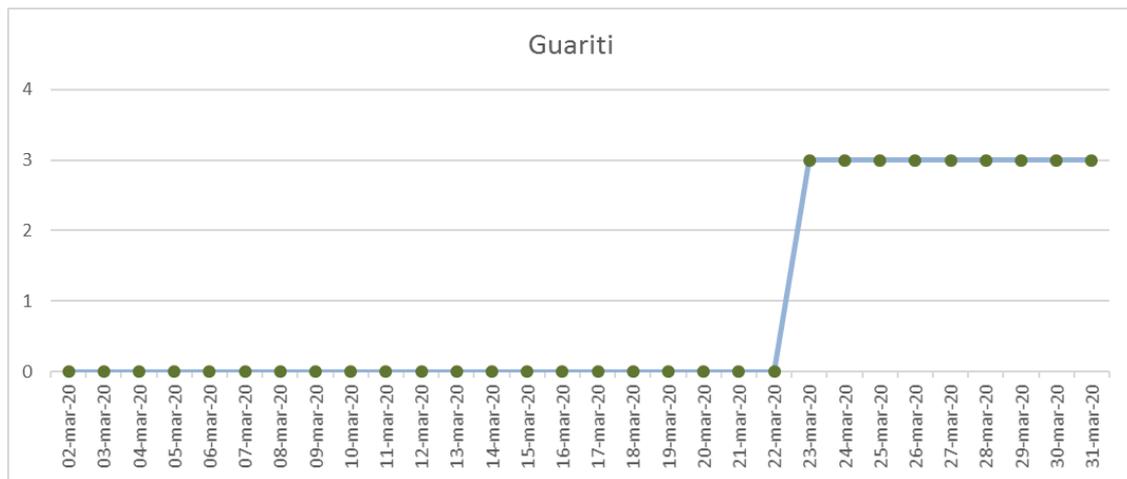
Il modello organizzativo del piano mirato di prevenzione, prevede inoltre una significativa implementazione dei sistemi di sorveglianza sanitaria e assistenza territoriale, in termini di

uniformità, di equità di accesso, responsabilizzazione e definizione dei ruoli di tutti gli attori, oltre alle necessarie azioni di sorveglianza attiva e propedeutiche.

Nella seconda fase è indispensabile implementare una ancora più efficace azione di **SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA** al fine di identificare, confermare e descrivere rapidamente i casi , adottare tempestivamente le corrispondenti misure di isolamento dei pazienti e di mitigazione e contenimento della diffusione del virus. E' pertanto assolutamente necessario un incremento delle risorse umane dedicate. In tale ottica appare inoltre prioritario assicurare al Dipartimenti di Prevenzione un sistema informatico gestionale in grado di scambiare in modo veloce ed automatico dati e informazioni in entrata e in uscita , con tutte le fonti dati regionali e con gli applicativi ministeriali finalizzati al monitoraggio dell'infezione .

Il numero dei pazienti Covid-positivi posti in Isolamento domiciliare è in continuo aumento grazie ad una più efficace identificazione dei contatti e di casi sempre meno gravi.





In ragione dell'ipotesi relativa alle graduali riaperture delle attività lavorative, quale quella dello "stop and go", occorre prevedere, una vasta verifica presso Enti/Aziende del territorio, sia pubbliche che private non esclusivamente centrata sull'esecuzione dei tamponi a tappeto.

Attraverso una azione sinergica inter- istituzionale e prevedendo un incremento delle risorse umane assegnate, devono essere eseguiti propedeutici controlli sull'applicazione delle misure previste per garantire la sicurezza dei lavoratori e per il contenimento del rischio di una ripresa della curva dei contagi.

Ciò anche al fine di intensificare l'esecuzione di TEST DIAGNOSTICI , ma secondo logiche organizzative di priorità condivise e razionali, in ragione del profilo di rischio legato all'attività professionale e/alla vulnerabilità al contagio delle diverse fasce di popolazione.

Durante il primo mese della fase emergenziale, sia nell'ambito dello scenario generale nazionale che regionale, è emersa la particolare situazione di vulnerabilità degli ospiti ricoverati nelle numerose case di riposo, case albergo, Residenze Sanitarie Assistenziali che, rappresentando strutture importanti e fragili nella dinamica dell' epidemia, sono state sin ad subito fonte di estrema preoccupazione e oggetto di costante attenzione e controllo da parte dell'Azienda.

Asrem , come noto, ha assicurato la predisposizione di specifiche procedure, la fornitura di DPI per garantire la sicurezza dopo i riscontri di casi positivi, il supporto metodologico, organizzativo e logistico nella attuazione delle misure di isolamento dei residenti , l'esecuzione test diagnostici , la disponibilità di strutture aziendali dotate dei requisiti logistici necessari per l'attuazione delle misure igienico-sanitarie necessarie e addirittura l'invio di personale dipendente, sanitario e socio-sanitario, ivi compresa una equipe itinerante di specialisti infettivologi, in tutte le situazioni di dichiarata incapacità da parte delle strutture , evidentemente colte impreparate a garantire la continuità assistenziale a disabili, anziani non autosufficienti, persone in condizioni di fragilità sociale ed economica in caso di emergenza.

In considerazione della situazione epidemiologica in evoluzione e della conseguente opportunità di fare più test , inoltre, dovendo adattare regole generali alle proprie esigenze operative e al fine di garantire una razionale, equa, tempestiva, uniforme ed appropriata calendarizzazione nell'esecuzione dei test diagnostici per l'infezione da SARSCOV 2 nelle RSA e non , alla luce delle evidenze scientifiche attualmente disponibili, questa Azienda ha individuato criteri di comprovata validità in ragione del profilo di rischio legato alle specifiche caratteristiche delle strutture di cui all'oggetto.

Le strutture, valutate sulla base dei dati di prevalenza dei positivi, dati sulla disponibilità dei dispositivi di protezione individuale, dati sulle competenze del personale, valutazione sul rispetto delle indicazioni ricevute sono state suddivise in SCENARI STANDARD:

Bassa probabilità di diffusione del contagio
Media probabilità di diffusione del contagio
Elevata probabilità di diffusione del contagio
Molto elevata probabilità di diffusione del contagio

- in base alle evidenze risultanti da un questionario di autovalutazione del rischio biologico all'interno della struttura sulle corrette norme comportamentali per la prevenzione dell'infezione da coronavirus,
- congiuntamente alle schede di valutazione delle condizioni cliniche per la tempestiva segnalazione di ospiti con sintomi suggestivi di infezione respiratoria in atto, e compatibili con COVID-19 predisposte dalla Direzione Strategica e trasmesse alle strutture per il tramite dei Sindaci dei Comuni su cui le stesse insistono.

La predisposizione di tali strumenti di gestione proattiva del rischio contagio, rivolti ai responsabili sanitari e organizzativi, agli operatori sanitari, socio sanitari e assistenziali delle strutture residenziali per anziani e riguardanti le procedure individuate dall'OMS, dall'ISS e dalla normativa vigente tra gli indicatori di qualità del servizio offerto, è stata effettuata anche sulla

base dei dati di criticità desunti dalla *Survey Nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie*, Istituto Superiore di Sanità. *Epidemia COVID-19, Aggiornamento nazionale: 6 aprile 2020* prodotta dall' Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con il Garante Nazionale dei Diritti delle Persone Detenute o Private della Libertà Personale a partire dal 24 marzo 2020).

Come approccio razionale, nelle more del completamento della acquisizione della documentazione richiesta, l'ASREM, per implementare ed accelerare i programmi di sorveglianza attiva e prevenzione all'interno delle strutture, ha proceduto, mediante una ponderata analisi e valutazione dei rischi, ad effettuare i test presso le RSA e case di riposo secondo i seguenti criteri di priorità:

- 1) segnalazione da parte della struttura di uno o più ospiti/operatori con sintomi suggestivi di infezione respiratoria in atto prevede la tempestiva esecuzione del tampone e, in caso di conferma della positività dello stesso, l'esecuzione test su tutti gli ospiti e sul personale definito "contatto stretto" di caso accertato. Sulla base dei dati al momento disponibili, l'OMS ribadisce, infatti, che il contatto con i casi sintomatici (persone che hanno contratto l'infezione e hanno già manifestato i sintomi della malattia) è il motore principale della trasmissione del nuovo coronavirus SARS.
- 2) test diagnostici sugli ospiti, anche asintomatici, delle RSA (Residenze sanitarie assistite), dove persone con disabilità, con gravi patologie neurologiche e/o anziane vivono a stretto contatto tra loro e con il personale che li assiste, e dove, pertanto, gli effetti dell'emergenza sanitaria da COVID-19 possono essere particolarmente gravi. In caso di riscontro di casi positivi si procede alla esecuzione di test sul personale di assistenza esposto.
- 3) test diagnostici sugli ospiti, anche asintomatici delle Case di riposo che insistono in comuni dichiarati "zona rossa" dalle Ordinanze del Presidente della Giunta Regionale in ragione del gran numero dei casi positivi tra i residenti.
- 4) Case di riposo degli altri comuni con casi positivi con priorità dai comuni con maggior numero di casi tra gli abitanti, a decrescere
- 5) altre strutture residenziali

Per tutte le altre circostanze si fa riferimento a quanto previsto dalla CIRC. MINSAL 3/4/20 :

“In caso di necessità, ad esempio per accumularsi di campioni da analizzare con ritardi nella risposta, carenza di reagenti, impossibilità di stoccaggio dei campioni in modo sicuro, sovraccarico lavorativo del personale di laboratorio, si raccomanda di applicare, nell’ EFFETTUAZIONE DEI TEST DIAGNOSTICI, i CRITERI DI PRIORITÀ di seguito riportati, raccomandati dall’OMS e dalla EUCOMM e adattati alla situazione italiana:

*- **pazienti ospedalizzati con infezione acuta respiratoria grave (SARI)**, al fine di fornire indicazioni sulla gestione clinica, incluso l’eventuale isolamento del caso e l’uso di appropriati Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) come indicato nella circolare n. 5443 del 22 febbraio 2020;*

*- **tutti i casi di infezione respiratoria acuta ospedalizzati o ricoverati nelle residenze sanitarie assistenziali e nelle altre strutture di lunga degenza**, in considerazione del fatto che ivi risiedono i soggetti esposti al maggior rischio di sviluppare quadri gravi o fatali di COVID-19. Tale esecuzione è effettuata quale parte di un programma di controllo e prevenzione all’interno della strutture stesse e non può essere considerata come l’unica misura di controllo dell’infezione. Sulla base delle risultanze vengono adottate misure di controllo delle infezioni adeguate e DPI appropriati per proteggere sia le persone vulnerabili che il personale dedicato all’assistenza;*

*- **operatori sanitari esposti a maggior rischio** (compreso il personale dei servizi di soccorso ed emergenza, il personale ausiliario e i tecnici verificatori), per tutelare gli operatori sanitari e ridurre il rischio di trasmissione nosocomiale; operatori dei servizi pubblici essenziali sintomatici, anche affetti da lieve sintomatologia per decidere l’eventuale sospensione dal lavoro; operatori, anche asintomatici, delle RSA e altre strutture residenziali per anziani;*

*- **persone a rischio di sviluppare una forma severa della malattia e fragili**, come persone anziane con comorbidità quali malattie polmonari, tumori, malattie cerebrovascolari, insufficienza cardiaca, patologie renali, patologie epatiche, ipertensione, diabete e immunosoppressione con segni di malattia acuta respiratoria, che possono richiedere ospedalizzazione e cure ad alta intensità per COVID-19; ivi incluse le persone vulnerabili, quali le persone che risiedono in residenze per anziani, dovrebbero essere particolarmente fatti oggetto di attenzione;*

*- **primi individui sintomatici all’interno di comunità chiuse** per identificare rapidamente i focolai e garantire misure di contenimento. Se la capacità di esecuzione dei test è limitata, tutti gli altri individui che presentano sintomi possono essere considerati casi probabili e isolati senza test supplementari;*

Nelle aree in cui vi è ancora una limitata trasmissione di SARS-CoV-2, se si dispone di risorse sufficienti, effettuare test diagnostici in tutti i pazienti con infezione respiratoria.

Per ottimizzare le risorse, la UECOMM raccomanda, inoltre, di:

- effettuare un unico tampone naso faringeo e orofaringeo per ogni paziente;

- effettuare un solo test da più tamponi di un singolo paziente riuniti in un solo saggio diagnostico;

- i pazienti che sono stati già confermati positivi non devono essere sottoposti ad ulteriori test diagnostici per COVID-19 fino al momento della guarigione clinica che deve essere supportata da assenza di sintomi e tampone naso-faringeo ripetuto due volte a distanza di almeno 24 ore e risultati negativi per la presenza di SARSCoV-2 prima della dimissione;

- La presenza di un test indeterminato perché positività alla rilevazione di un solo target genico in presenza di sintomatologia caratteristica di COVID-19 va considerato come un caso di COVID-19

- non effettuare test in assenza di prescrizione medica od ospedaliera.”

MMG, PLS, MCA, MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI

In considerazione del ruolo centrale del MMG/PLS/MCA nel sistema sociosanitario e del suo compito di riferimento prioritario per i cittadini anche nell’emergenza Coronavirus, è opportuno declinare puntualmente le procedure che gli stessi devono seguire, al fine di assicurare un approccio uniforme al problema e un costante e coerente coordinamento con tutti i livelli erogativi e di sorveglianza. Le procedure devono riguardare:

- IDENTIFICAZIONE E MONITORAGGIO del PAZIENTE SOSPETTO COVID

- PIANIFICAZIONE DEL PERCORSO DEL PAZIENTE DA SOTTOPORRE A TAMPONE PER LA CONFERMA DEL SOSPETTO COVID
- Cooperazione con le USCA per la gestione pazienti SARS COV2 POSITIVI ISOLATI a DOMICILIO (raccolta dati anamnestici, prescrizioni farmaci/prestazioni e certificazioni)
- IDENTIFICAZIONE E MONITORAGGIO DEGLI ASSISTITI IN CONDIZIONE DI FRAGILITA'

Tutte le strutture territoriali pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie in regime residenziale e semiresidenziale, anche gli specialisti ambulatoriali, i MMG e i MCA proseguano per i prossimi mesi la loro attività ambulatoriale e domiciliare nel rispetto delle misure precauzionali di contenimento del rischio, al fine di garantire ai pazienti la continuità dell'assistenza, nelle attuali condizioni di massima sicurezza e al minor livello di rischio possibile, nel rispetto di quanto previsto dal decreto legge n. 9 del 2 marzo 2020 e dal DPCM 4 marzo 2020.

UNITÀ SPECIALI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE –USCA

Coerentemente con quanto previsto dalla normativa vigente con DDG n. 75 del 26.03.2020, visto l'articolo 8 del D.L. n.14 del 9.03.2020, al fine di consentire al Medico di Medicina Generale e al Pediatra di Libera Scelta o al Medico di Continuità Assistenziale di garantire l'attività ordinaria, sono state istituite le UNITÀ SPECIALI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE per la gestione dei pazienti affetti da COVID -19 con bisogni di assistenza compatibili con la permanenza al domicilio.

Le Unità Speciali sono costituite da medici titolari o supplenti di continuità assistenziale, medici che frequentano il corso di formazione specifica in Medicina Generale e in via residuale i Laureati in medicina e chirurgia iscritti all'ordine di competenza e svolgono un servizio attivo 7 giorni su 7, dalle ore 8.00 alle ore 20.00 e dispongono di auto aziendali esclusivamente dedicate.

La finalità delle Unità Speciali è di:

assicurare il regolare svolgimento dell'attività ordinaria dei Pediatri di Libera Scelta, dei Medici di Medicina Generale e dei Medici di Continuità Assistenziale;
garantire la presa in carico e monitoraggio delle infezioni da COVID19.

Con DDG 105 del 01.04.2020 è stata approvata la graduatoria di disponibilità per il conferimento dei relativi incarichi della durata di tre mesi, con impegno di 36 ore settimanali su turni di 12 ore , dal lunedì alla domenica nella fascia oraria 8:00-20:00 presso le sedi di Bojano , Isernia e Termoli. Ai medici USCA, previa formazione specifica su protocolli clinici ed operativi, procedure per le precauzioni standard e per la prevenzione del contagio per via aerea , vestizione – svestizione, modalità di smaltimento dei rifiuti potenzialmente infettivi, e con il tutoraggio di Medici di Medicina Generale che hanno aderito all’iniziativa, concordata con l’Ordine dei Medici, di assicurare ogni eventuale attività di supporto e formazione specifica sono affidati esclusivamente:

- i pazienti risultati positivi al test molecolare per la ricerca di SARS COV2 che non richiedono l’ospedalizzazione,
- i pazienti in dimissione dall’ospedale ma che siano ancora positivi al virus.

La trasmissione dei relativi nominativi per la presa in carico, avverrà sotto il coordinamento della Direzione strategica , da parte delle UU.OO. Ospedaliere dimettenti e del Dipartimento unico di prevenzione.

Il team è dotato della strumentazione necessaria per inquadrare lo stato clinico del paziente e fornito dei necessari dispositivi di protezione individuale. Al domicilio dei pazienti sono effettuate le necessarie valutazioni cliniche, la rilevazione dei parametri e può essere richiesta la consulenza telefonica cardiologica, infettivologica e pneumologica.

Attraverso un triage telefonico viene valutato il bisogno dell’assistito positivo per COVID-19 in isolamento domiciliare e dei contatti stretti/familiari in isolamento fiduciario.

Non rientrano tra le attività delle USCA quelle certificative (ad es. certificato di malattia).

Le USCA, attraverso la trasmissione e condivisione dei dati clinici rilevati al MMG,PLS, agli Specialisti Ospedalieri di riferimento ed al Dipartimento Unico di Prevenzione, , garantiranno un costante ed appropriato coordinamento con tutti i livelli erogativi e di sorveglianza previsti.

EQUIPE TERRITORIALI PER L’ESECUZIONE DEI TAMPONI

Le equipe infermieristiche territoriali, opportunamente formate, sono incaricate dell’effettuazione dei prelievi per accertamento COVID-19 in ambito extraospedaliero.

Alla luce delle nuove disposizioni, compatibilmente con le esigenze legate alla rapida evoluzione epidemiologica che contraddistingue l’epidemia da COVID-19 in regione , questa Azienda sta provvedendo alla calendarizzazione dell’esecuzione del test molecolare per la ricerca d’infezione da SARS-CoV-2 a tutto il personale, secondo criteri di priorità definiti dal profilo di rischio legato alle specifiche caratteristiche attività professionale.

In considerazione delle tempistiche necessarie per l'acquisizione del test e al fine di consentire di soddisfare un fabbisogno maggiore, appare opportuno implementare il numero dei Laboratori Analisi COVID-19 con il coinvolgimento di strutture in possesso dei requisiti.

In attesa di indicazioni ministeriali aggiornate circa l'appropriatezza e la sicurezza dei test sierologici, inoltre, si sperimenteranno screening mirati di coorti di popolazione su cui effettuare la ricerca della risposta anticorpale.