

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA



Regione Umbria

SERIE GENERALE

PERUGIA - 11 novembre 2020

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - P E R U G I A

PARTE PRIMA

Sezione II

ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 2 novembre 2020, n. **1006**.

“Piano di contenimento” dell’ondata epidemica - Declinazione degli interventi per l’utilizzo della rete ospedaliera e della rete territoriale al superamento dei livelli previsti nella D.G.R. n. 924 del 16 ottobre 2020.

PARTE PRIMA

Sezione II

ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 2 novembre 2020, n. 1006.

“Piano di contenimento” dell'ondata epidemica - Declinazione degli interventi per l'utilizzo della rete ospedaliera e della rete territoriale al superamento dei livelli previsti nella D.G.R. n. 924 del 16 ottobre 2020.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto: **“Piano di contenimento” dell'ondata epidemica - Declinazione degli interventi per l'utilizzo della rete ospedaliera e della rete territoriale al superamento dei livelli previsti nella D.G.R. n. 924 del 16 ottobre 2020.** e la conseguente proposta dell'assessore Luca Coletto;

Preso atto:

- a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
- b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal dirigente competente;
- c) del parere favorevole del direttore in merito alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione stessa;

Considerato lo stato di emergenza per la pandemia COVID-19;

Vista la D.G.R. n. 483 del 19 giugno 2020 “Piano di Riorganizzazione emergenza COVID-19 - Potenziamento rete ospedaliera (ai sensi dell'art. 2 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34)”: nella suddetta D.G.R., viene dettagliata sia la riorganizzazione dei percorsi sanitari che la riorganizzazione e potenziamento dei posti letto e della rete dell'emergenza che il Sistema Ospedaliero Regionale andrà ad affrontare;

Vista la D.G.R. n. 924 del 16 ottobre 2020 “Strategie nell'utilizzo della rete ospedaliera in fase di ripresa epidemica”, con la quale in attesa dell'adeguamento previsto con la D.G.R. n. 483/2020, in fase di ripresa dell'epidemia con rischio di una seconda ondata, è stata definita una strategia nell'utilizzo della rete regionale ospedaliera. Sono stati quindi definiti 4 livelli subentranti di interventi sulla funzione e gestione dei posti letto della rete regionale, al fine di evitare drastiche riduzioni delle attività (sviluppo del livello 3 della D.G.R. n. 180/2020);

Visto il D.P.C.M. del 24 ottobre 2020 “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». (20A05861) (GU Serie Generale n. 265 del 25 ottobre 2020);

Vista l'Ordinanza n. 66 del 22 ottobre 2020 - Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 - Riconversione temporanea e parziale Ospedale di Pantalla in struttura dedicata COVID-19;

Vista l'ordinanza n. 67 del 22 ottobre 2020 - Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 - Riconversione temporanea e parziale Ospedale di Spoleto in struttura dedicata COVID-19;

Vista la legge regionale 1 febbraio 2005, n. 2 e la normativa attuativa della stessa;

Visto il regolamento interno di questa Giunta;

A voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

1) di approvare i seguenti documenti:

- interventi per l'utilizzo della rete ospedaliera e territoriale (All. 1)
- indicazioni per accesso e sorveglianza nelle strutture residenziali e semiresidenziali (All. 2)

che allegati al presente atto ne costituiscono parte integrante e sostanziale;

2) di trasmettere il presente provvedimento ai commissari straordinari delle Aziende Sanitarie regionali;

3) di dare mandato ai commissari straordinari delle Aziende Sanitarie regionali di diffondere i documenti allegati ai soggetti interessati per garantirne la completa e immediata applicazione;

4) di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione nel *Bollettino Ufficiale* della Regione Umbria.

La Presidente
TESEI

(su proposta dell'assessore Coletto)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: “Piano di contenimento” dell'ondata epidemica - Declinazione degli interventi per l'utilizzo della rete ospedaliera e della rete territoriale al superamento dei livelli previsti nella D.G.R. n. 924 del 16 ottobre 2020.

Dal 31 gennaio 2020, data in cui il Consiglio dei Ministri ha dichiarato lo stato di emergenza relativo al rischio sanitario connesso all'epidemia COVID-19, si sono susseguiti atti, sia a livello nazionale che regionale, che hanno imposto riorganizzazioni dell'assistenza sanitaria che hanno condotto ad una ingente trasformazione dei processi di erogazione delle ordinarie prestazioni sanitarie sia da parte delle strutture pubbliche che convenzionate, sia sul versante delle attività territoriali che ospedaliere.

In particolare con D.G.R. n. 483 del 19 giugno 2020 “Piano di Riorganizzazione emergenza COVID 19 - Potenziamento rete ospedaliera (ai sensi dell'art. 2 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34)” viene dettagliata sia la riorganizzazione dei percorsi sanitari che la riorganizzazione e potenziamento dei posti letto e della rete dell'emergenza che il Sistema Ospedaliero Regionale andrà ad affrontare.

Nella D.G.R. n. 483 è illustrato lo sviluppo dei posti letto di Terapia Intensiva per raggiungere l'incremento strutturale pari a 0,14 posti letto per mille abitanti fissati per l'Umbria al totale di 127 posti letto e il numero di posti letto di terapia semintensiva complessivi da riconvertire quantificato in una dotazione di posti letto nella misura pari allo 0,007%, calcolato sulla popolazione residente, che per l'Umbria è pari a 62. Tale Piano è stato approvato dal Ministero della Salute.

Con D.G.R. n. 924 del 16 ottobre 2020 “Strategie nell'utilizzo della rete ospedaliera in fase di ripresa epidemica”, in attesa dell'adeguamento previsto con la D.G.R. n. 483/2020, in fase di ripresa dell'epidemia con rischio di una seconda ondata, è stata definita una strategia nell'utilizzo della rete regionale ospedaliera tenendo conto della sicurezza di pazienti e operatori, dei percorsi separati per Covid positivo/sospetto e non, dell'appropriatezza clinica e organizzativa nell'utilizzo delle risorse “posto letto” e “personale” in un'ottica di rete regionale e di flessibilità organizzativo-gestionale.

È stata quindi definita una strategia di attivazione progressiva degli Ospedali e dei posti letto delle discipline candidate a far fronte all'epidemia, prendendo in considerazione anche quanto previsto per l'evoluzione futura la rete HUB e SPOKE costituita dai DEA di I e di II livello.

In tale ottica è stata prevista l'attivazione progressiva dei Posti letti per pazienti COVID-19 per Livelli, come definito nella D.G.R. n. 180/2020, con l'obiettivo di contenere, per quanto possibile, il rischio di sovraccaricare singole Strutture sanitarie consentendo il più possibile di garantire adeguati livelli di assistenza per le altre tipologie di pazienti.

Sono stati quindi definiti 4 livelli subentranti di interventi sulla funzione e gestione dei posti letto della rete regionale, al fine di evitare drastiche riduzioni delle attività (sviluppo del livello 3 della D.G.R. n. 180/2020).

La evidente ripresa epidemica che sta interessando il nostro Paese in analogia con tutti gli altri nel mondo ha portato alla emanazione del D.P.C.M. del Ministero della Salute del 24 ottobre 2020 e alle ordinanze della Presidente della Regione Umbria, in particolare le nn. 66 e 67 di riconversione temporanea di presidi ospedalieri in strutture dedicate Covid-19.

L'intento è quello di contrastare in maniera efficace la seconda ondata epidemica in atto. Allo stato attuale si osserva infatti una impetuosa progressione dell'epidemia che è passata dal 4 ottobre al 25 ottobre da 695 positivi a 4.400, il che ha comportato un incremento dei ricoveri ordinari da 48 (con 6 in T.I.) del 4 ottobre 2020 a 244 (con 29 in T.I.) del 25 ottobre, con un incremento percentuale del 408% dei ricoveri ordinari. Tale livello supera il livello max raggiunto nella prima fase.

La dimensione del fenomeno impone una rivisitazione delle strategie adottate.

Con il presente atto si intende proporre linee di indirizzo e indicazioni operative per la attuale fase che consentano, superando o integrando le disposizioni in materia prodotte precedentemente, di fronteggiare l'esponenziale crescita di casi e il conseguente impegno importante per il Sistema Sanitario Regionale.

Va precisato che in caso di situazione impetuosamente evolutiva tutta la rete ospedaliera sarà necessariamente coinvolta con riduzione di tutte le attività elettive, limitando le attività alle sole urgenze/emergenze per tutte le patologie delle quali fa parte il COVID e analogamente potranno essere riorganizzate le attività assistenziali del territorio.

Tutto ciò premesso si propone alla Giunta regionale:

Omissis

(Vedasi dispositivo deliberazione)



All.1)

“PIANO DI CONTENIMENTO” DELL’ONDATA EPIDEMICA - DECLINAZIONE DEGLI INTERVENTI PER L’UTILIZZO DELLA RETE OSPEDALIERA E DELLA RETE TERRITORIALE AL SUPERAMENTO DEI LIVELLI PREVISTI NELLA DGR 924 del 16.10.2020

PREMESSA

Con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 è stato dichiarato, per sei mesi e quindi prorogato, lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili, epidemia COVID-19.

Per far fronte alla gestione dello stato di emergenza, si sono susseguiti in materia molti gli atti che, sia a livello nazionale che regionale, hanno disposto una riorganizzazione dell’assistenza sanitaria finalizzata a fronteggiare la pandemia, con un’ingente trasformazione anche dei processi di erogazione delle ordinarie prestazioni sanitarie da parte delle strutture pubbliche e delle private accreditate, sia sul versante delle attività ospedaliere, sia delle attività territoriali, con la misura più apparentemente drastica di sospensione delle attività programmate differibili come disciplinato dalle Circolari del Ministero della Salute, con integrazioni e note regionali applicative.

In tale sviluppo si richiamano gli atti e le ordinanze che hanno seguito l’andamento dell’emergenza nelle varie fasi.

In attuazione del DL 34 del 10 giugno 2020 che delinea misure da attivare e finanziamenti dedicati sono state adottate gli atti per il potenziamento rete ospedaliera (art.2) e per il potenziamento della rete territoriale (art.1).

In particolare nella **DGR 483 del 19/06/2020** “Piano di Riorganizzazione emergenza COVID 19 – Potenziamento rete ospedaliera (ai sensi dell’art.2 del decreto legge 19 maggio 2020 n. 34)”: nella suddetta DGR, viene dettagliata sia la riorganizzazione dei percorsi sanitari che la riorganizzazione e potenziamento dei posti letto e della rete dell’emergenza che il sistema ospedaliero regionale andrà ad affrontare.

Nella DGR 483 è illustrato lo sviluppo dei posti letto di Terapia Intensiva per raggiungere l’incremento strutturale pari a 0,14 posti letto per mille abitanti fissati per l’Umbria al totale di 127 posti letto e il numero di posti letto di terapia semintensiva complessivi da riconvertire quantificato in una dotazione di posti letto nella misura pari allo 0,007%, calcolato sulla popolazione residente che per l’Umbria è pari a 62 (cfr. “Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 (art 2 decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34) n. 0011254-29/05/2020). Tale Piano è stato approvato dal Ministero della Salute.

Con **DGR 924 del 16.10.2020** “Strategie nell’utilizzo della rete ospedaliera in fase di ripresa epidemica”, in attesa dell’adeguamento previsto con la DGR 483/2020, in fase di ripresa dell’epidemia con rischio di una seconda ondata, è stata definita una strategia nell’utilizzo della rete regionale ospedaliera tenendo conto della sicurezza di pazienti e operatori, dei percorsi separati per COVID positivo/sospetto e non, dell’appropriatezza clinica e organizzativa nell’utilizzo delle risorse “posto letto” e “personale” in un’ottica di rete regionale e di flessibilità organizzativo-gestionale. E’ stata quindi definita una strategia di attivazione progressiva degli Ospedali e dei Posti Letto delle Discipline candidate a far fronte all’epidemia, prendendo in considerazione anche quanto previsto per l’evoluzione futura la rete HUB e SPOKE costituita dai DEA di I e di II livello.



In tale ottica è stata prevista l'attivazione progressiva dei Posti letto per pazienti COVID-19 per Livelli, come definito nella DGR 180/2020, con l'obiettivo di contenere, per quanto possibile, il rischio di sovraccaricare singole Strutture sanitarie consentendo il più possibile di garantire adeguati livelli di assistenza per le altre tipologie di pazienti.

Sono stati quindi definiti 4 livelli subentranti di interventi sulla funzione e gestione dei posti letto della rete regionale, al fine di evitare drastiche riduzioni delle attività (sviluppo del livello 3 della DGR 180/2020).

Si riportano sinteticamente i livelli della DGR n. 924 del 16.10.2020 che descriveva lo sviluppo fino al IV livello (3d).

LIVELLI sviluppo del 3 livello della DGR 180/2020	T.I. COVID	T.I. GENERALISTI	SEMI INTENSIVI -TI	MAL. INFETTIVE	PNEUMOLOGIA	AREA MEDICA	TOT. DEG. ORDINARIA DEA	AREA MEDICA media intensità	LUNGO DEGENZA bassa intensità	RSA estensiva	TOTALE	TOTALE COVID	POSTI ISOLAMENTO DIAGNOSTICO
LIVELLO I (3a)	11	59	4	32	0	0	32	0	0	0	0	47	32
LIVELLO II (3b)	11	63	4	38	0	7	45	0	0	0	0	60	38
LIVELLO III (3c)	15	64	4	38	0	24	62	0	0	0	0	81	38
LIVELLO IV (3d)	34	56	12	38	22	50	110	0	10	10	20	176	50

Il IV livello (3d) ha delineato uno sviluppo in step subentranti e oltre a prevedere l'ulteriore ampliamento di posti letto reclutando anche l'Ospedale della Media Valle del Tevere, si è correlato con la progressiva riduzione dell'attività chirurgica in elezione anche per il maggiore impegno del personale di sala operatoria - anestesisti e infermieri- rivolto alle T.I. COVID.

Nell'ultimo step si prospettavano le necessità ulteriori prefigurando la prospettiva di organizzazione della rete ospedaliera, definita in questo piano, come di seguito illustrato:

- individuare COVID HOSPITAL anche al fine di separare nettamente i percorsi COVID dedicati e limitare l'utilizzo di tutte le strutture per la casistica COVID;
- l'individuazione di COVID HOSPITAL consente di concentrare in strutture dedicate la casistica COVID correlata, permettendo negli altri Ospedali di mantenere **(salvo situazioni emergenziali tali da condizionare ulteriori sviluppi)** attività assistenziali in sicurezza riducendo/rimodulando solo quelle assolutamente procrastinabili;
- la rete COVID viene completata da strutture a minore intensità assistenziale e da strutture territoriali che possano fungere da strutture intermedie COVID prima del rientro del paziente a domicilio o in COVID HOTEL o in ingresso dal domicilio/struttura territoriale.

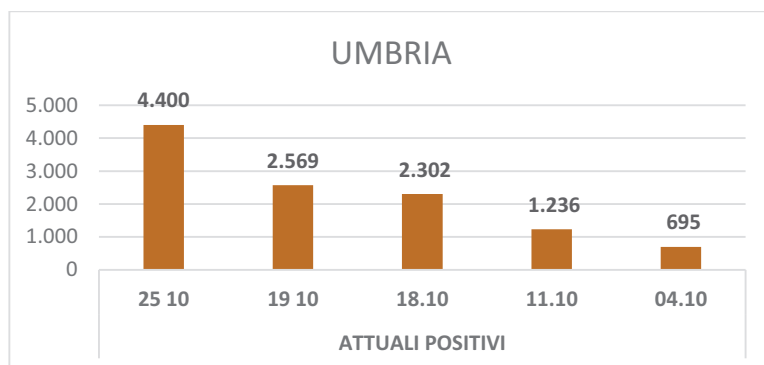
In tale contesto si è provveduto ad individuare:

- come COVID HOSPITAL fra i DEA di I livello l'Ospedale di Spoleto prendendo in considerazione la situazione geografica, il numero di posti letto, la distanza da altri Ospedali, la specificità;
- come COVID HOSPITAL a minore intensità assistenziale l'Ospedale della Media Valle del Tevere in considerazione della geo-localizzazione della struttura, della possibilità di attuare la riconfigurazione strutturale in maniera celere, del possesso di una distribuzione spaziale che consenta di individuare aree indipendenti da adibire a spazi assistenziali per pazienti Covid positivi.

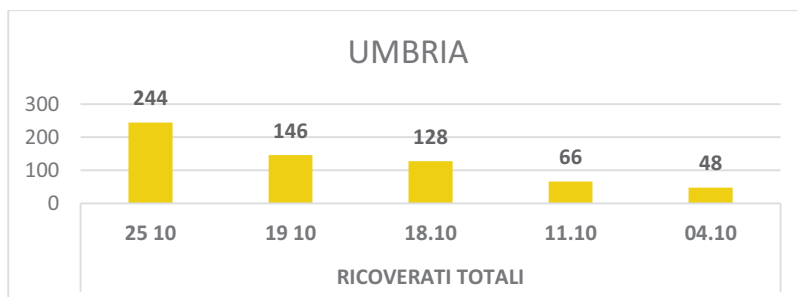
CONTESTO DI RIFERIMENTO

Allo stato attuale si osserva una impetuosa progressione dell'epidemia che è passata dal 4 ottobre al 25 ottobre da 695 attualmente positivi a 4.400 il che ha comportato un incremento dei ricoveri ordinari da 48 con 6 in T.I. del 4 ottobre 2020 a 244 con 29 in T.I. del 25 ottobre con un incremento percentuale del 408% dei ricoveri ordinari. Tale livello supera il livello max raggiunto nella prima fase.

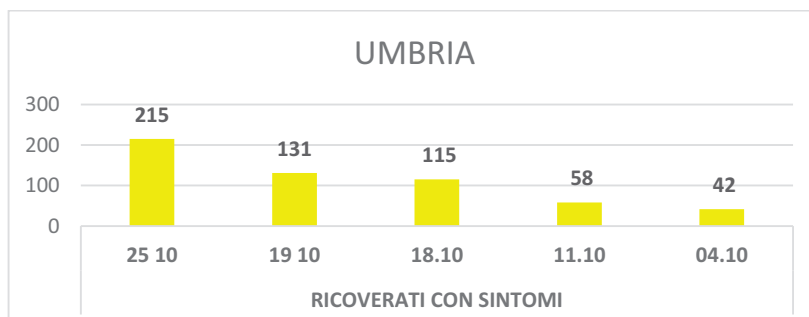
L'incremento degli attuali positivi dal 4 ottobre al 25 ottobre 2020 è di 3.705 con incremento pari al 533%



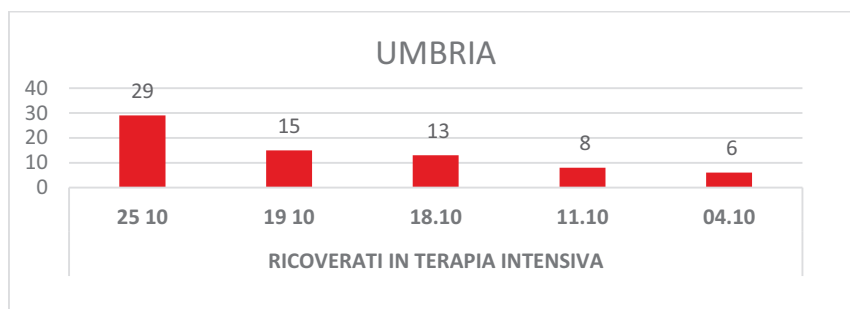
L'incremento dei ricoveri totali dal 4 ottobre al 25 ottobre 2020 è di 196 con incremento pari al 408%



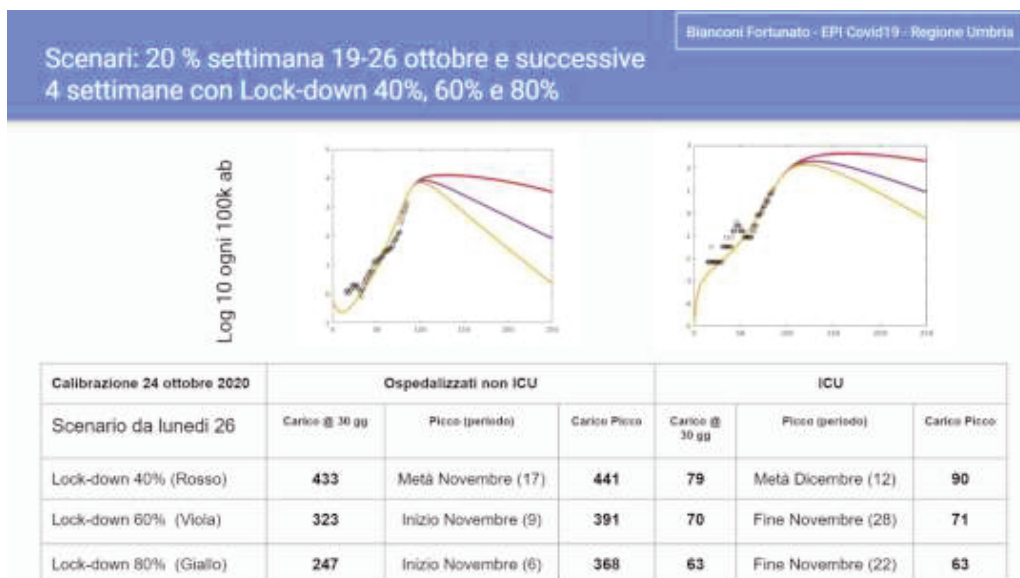
L'incremento dei ricoveri non in Terapia Intensiva dal 4 ottobre al 25 ottobre 2020 è di 173 con incremento pari al 412%



L'incremento dei ricoveri in Terapia Intensiva dal 4 ottobre al 25 ottobre 2020 è di 23 con incremento pari al 383%



Gli scenari evolutivi confermano la necessità di adottare misure di contenimento e di pianificazione evolutiva della rete dei posti letto



Allo stato attuale in relazione all'andamento epidemico e alle necessità di ricovero, sono stati reclutati in maniera flessibile e funzionale ulteriori posti letto negli Ospedali già sede di ricovero per soggetti COVID positivi e sono state emesse le ordinanze per la riconversione temporanea e parziale di Ospedali in strutture dedicate COVID-19:

- Ordinanza n. 67 del 22.10.2020 - riconversione temporanea e parziale Ospedale di Spoleto in struttura dedicata COVID-19.
- Ordinanza n. 66 del 22.10.2020 - riconversione temporanea e parziale l'Ospedale della Media Valle del Tevere in struttura dedicata COVID-19

Inoltre sono state emanate le ordinanze n. 68 del 23.10.2020, n. 69 del 30.10.2020 della Presidente ed i DPCM del 18.10.2020 e del 24.10.2020 finalizzati a contenere il contagio per ridurre il carico assistenziale sugli ospedali che appaiono in tutta Italia a rischio di saturazione.



Pertanto come già previsto nella DGR 924/2020 si descrive la progressione organizzativa-funzionale del “piano di contenimento” in relazione alle necessità dettate dall'emergenza e al reclutamento progressivo delle risorse passando per due livelli di progressione il V (fino a 400 PL dedicati) e il VI (oltre i 400 PL dedicati). La progressione organizzativa-funzionale focalizza l'attenzione a tutte le risorse necessarie per la piena attuazione.

DOTAZIONE DEL PERSONALE

Della rilevazione delle assunzioni operate dalle Regioni per la gestione dell'emergenza in applicazione delle disposizioni previste dai DD.LL. 18/2020 e 34/2020 predisposta ai fini del monitoraggio periodico richiesto dal Ministero della Salute, alla data del 22 ottobre risulta un potenziamento degli organici pari a n. 340 unità (di cui n. 136 medici e n. 114 infermieri). A questi si aggiungono ulteriori 22 unità di medici assunti per le esigenze delle USCA e altro personale per complessive n. 362 assunzioni al 28 ottobre 2020.

In aggiunta a tale personale, gli ulteriori fabbisogni rappresentati dalle Aziende sanitarie regionali e necessari per l'incremento di P.L. di terapie intensive, sub intensiva e di area COVID, vengono di seguito riepilogati:

Fabbisogni personale per incremento posti					
AZIENDE SANITARIE REGIONALI	MEDICI varie specialità	MEDICI anestesisti	INFERMIERI	OSS	TOTALE
Azienda ospedaliera di Perugia	0	12	24	7	43
Azienda ospedaliera di Terni	8	5	23	0	36
Usl Umbria 1	0	6	44	16	66
Usl Umbria 2	15	12	25	25	77
TOTALE	23	35	116	48	222

Per far fronte a tale fabbisogno, con DGR n. 959 del 22.10.2020 sono state adottate specifiche misure finalizzate all'utilizzo da parte delle Aziende sanitarie, oltre alle procedure consentite e finanziate da apposite previsioni normative contenute nei provvedimenti specificatamente emanati per il contrasto della pandemia, di tutti gli strumenti consentiti dall'ordinamento vigente e funzionali al tempestivo potenziamento degli organici necessari per la gestione dell'emergenza ed il mantenimento dei livelli di prestazioni erogate dalle strutture (quali lo scorrimento di tutte le graduatorie già approvate e che verranno approvate in seguito alla conclusione delle procedure in corso, l'avvio di procedure congiunte per i nuovi fabbisogni, la programmazione con congruo anticipo delle procedure finalizzate alla tempestiva copertura del turn over, l'inserimento nei bandi/avvisi dell'obbligo di permanenza nella struttura di assegnazione per almeno 5 anni, ai sensi dell'art. 35, comma 5-bis del D.Lgs. 165/2001 e la programmazione degli stessi in tempo utile a garantire la partecipazione dei medici neo-specializzati e neo-laureati delle professioni sanitarie dell'Università degli Studi di Perugia).

In favore del personale già impiegato nella gestione dell'emergenza, dovranno, altresì, essere utilizzati tutti gli istituti contrattuali vigenti per la remunerazione delle prestazioni aggiuntive, tra i quali quanto previsto dall'art. 29 del D.L. 104/2020, convertito con L. 126/2020.



INVESTIMENTI STRUTTURALI E DOTAZIONE TECNOLOGIE

L'art. 2 del "decreto rilancio" – DL n. 34 del 19.05.2020 - ha previsto il rafforzamento del Servizio sanitario nazionale in ambito ospedaliero tramite appositi Piani di riorganizzazione predisposti dalle Regioni e approvati dal Ministero della Salute con la finalità di rendere strutturale la risposta emergenziale all'aumento della domanda di assistenza in regime di ricovero in terapia intensiva e semintensiva in relazione alle successive fasi di gestione della situazione epidemiologica e ad eventuali accrescimenti improvvisi della curva epidemica.

Il comma 11 ne rimette l'attuazione al Commissario Straordinario per l'emergenza, "garantendo la massima tempestività e omogeneità territoriale, in raccordo con ciascuna Regione".

Per la Regione Umbria è stato disposto il seguente incremento di posti letto:

- Incremento posti letto di Terapia Intensiva per fabbisogno aggiuntivo (0,14 posti letto per mille abitanti) per arrivare a complessivi 127 posti letto
- Riconversione di posti letto in posti letto di semintensiva per arrivare a complessivi 62 posti letto di cui il 50% immediatamente convertibili in posti letto per terapia intensiva ovvero dotati della necessaria strumentazione di ventilazione invasiva e di monitoraggio (posti letto di terapia intensiva per quanto riguarda l'allestimento di apparecchiature e non per i requisiti strutturali).

oltre alla riorganizzazione dei Pronto Soccorso, in modo da creare aree di permanenza dei pazienti in attesa di diagnosi garantendo criteri di separazione e sicurezza, ed ad un aumento della dotazione dei mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari dei pazienti COVID-19.

Le risorse complessive destinate risultano pari a € 24.180.508,00.

Con deliberazione della Giunta regionale n. 483 del 19.06.2020 è stato adottato il "Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 ai sensi dell'articolo 2 del decreto legge n. 34 del 19.05.2020" approvato il 02.07.2020 con Decreto Direttoriale della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute e successivamente registrato presso la Corte dei Conti.

Si riporta di seguito la pianificazione dei posti letto di Terapia Intensiva nei 2 Ospedali DEA di II livello e nei 5 Ospedali DEA di I livello regionali disposta dal citato Piano di riorganizzazione:

DISCIPLINA	AO PERUGIA	AO TERNI	CITTA' DI CASTELLO	GUBBIO GUALDO TADINO	FOLIGNO	SPOLETO	ORVIETO	REGIONE
Terapia Intensiva (cod.49)	33	39	16	14	13	6	6	127
di cui incrementati	12	20	10	8	5	2	1	58

La Regione Umbria ha deciso di avvalersi della struttura commissariale per l'implementazione del Piano utilizzando i moduli operativi predisposti dal Commissario straordinario per l'emergenza sanitaria che sinteticamente prevedono:

A CURA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

➤ fornitura delle attrezzature e mezzi di trasporto

- provvedere, attraverso procedure pubbliche, alla definizione di contratti per la fornitura di attrezzature medicali per le terapie intensive e semi-intensive, dispositivi e servizi (accesso telematico per l'acquisto disponibile dal **2 novembre**);



- espletare una procedura aperta (**in corso**) per acquisire offerte per la fornitura di ambulanze (disponibilità elenchi di automezzi dal **9 novembre**)

➤ lavori

- espletare una procedura aperta (**esperita dal 1° al 12 ottobre**) suddivisa in lotti geografici (un lotto per Regione), ognuno dei quali suddiviso in 4 sub-lotti prestazionali:
 1. esecuzione dei lavori, con o senza progettazione;
 2. servizi tecnici (sola progettazione, direzione lavori, coordinamento della sicurezza in fase di esecuzione);
 3. verifiche della progettazione per tutti i progetti, a prescindere dal relativo importo;
 4. collaudo tecnico-amministrativo, tecnico-funzionale e/o statico;
- predisporre, un Accordo Quadro per ogni singolo lotto geografico e sub-lotto prestazionale, stipulato con più operatori economici, a ognuno dei quali è assegnata un'area territoriale di competenza, massimo provinciale (accordi disponibili dal **2° novembre**);
- emettere entro il **30 ottobre** apposito provvedimento circa le modalità economiche e finanziarie quali acconti e pagamenti.

A CURA DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI QUALI STAZIONI APPALTANTI DI SECONDO LIVELLO E BENEFICIARIE DEGLI INTERVENTI

➤ fornitura delle attrezzature e mezzi di trasporto

- acquisire, nell'ambito dei contratti pubblici definiti dal Commissario straordinario, la fornitura delle attrezzature medicali e dei mezzi di trasporto previsti nell'ambito del Piano di riorganizzazione per le strutture di rispettiva competenza;

➤ lavori

- emettere gli Ordini di Acquisto (cd. Appalti Specifici) alle imprese/professionisti selezionati dalla procedura di massima urgenza e inserite nelle varie classi di attività di cui si compone l'Accordo Quadro destinato alla Regione;
- provvedere alla gestione delle attività amministrative necessarie alla esecuzione dei lavori.

Con Ordinanza n. 29 del 9 ottobre 2020 il Commissario straordinario ha nominato le Aziende sanitarie regionali soggetti attuatori del Piano.

Di fatto l'iter procedurale messo a punto dal Commissario straordinario non ha ancora consentito di dare concreto avvio agli interventi previsti nel Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera per cui, ad oggi, è stato possibile attivare, come prospettato nel citato Piano, n. 7 posti letto dotati dei requisiti strutturali vigenti realizzati in ampliamento negli attuali reparti di Terapia Intensiva.

Tuttavia, visto l'aumento dei ricoveri di pazienti COVID, si sta procedendo negli ospedali regionali, sede di DEA di I e II livello, alla progressiva attivazione di posti letto di terapia intensiva e semintensiva in aree che necessitano dei lavori di ristrutturazione edile e adeguamento impiantistico (elettrico, aeraulico, antincendio, gas medicali), previsti nel Piano, per poter soddisfare i requisiti vigenti.



Di seguito il successivo sviluppo dei posti letto di terapia intensiva e semintensiva da realizzare proporzionalmente all'andamento della curva pandemica:

DISCIPLINA	AO PERUGIA	AO TERNI	CITTA' DI CASTELLO	GUBBIO GUALDO TADINO	FOLIGNO	SPOLETO	ORVIETO	REGIONE
Terapia Intensiva (cod.49)	33	35	11	13	13	17	5	127
Terapia Semintensiva	22	9	10	-	13	20*	-	74

*= in questo Ospedale vengono realizzati, vista la caratterizzazione COVID, 12 posti letto di semintensiva aggiunti rispetto ai 62 previsti dalla DGR 483/2020.

“PIANO DI CONTENIMENTO” - DOTAZIONE POSTI LETTO OSPEDALIERI E TERRITORIALI

Si configura la progressione organizzativa-funzionale in relazione alle necessità dettate dall'emergenza facendo riferimento ai posti letto della rete ospedaliera e della rete territoriale.

- Dedicare una fetta della rete Ospedaliera alle casistiche non COVID e una fetta della rete alle casistiche COVID** tenendo presente che la rete Ospedaliera regionale consta di 3.261 posti letto per acuti e per post-acuti nella dotazione massima collocati in 2 DEA di II livello, 5 DEA di I livello, 7 Ospedali di Base per acuti, 4 Ospedali riabilitativi, 1 Struttura Riabilitativa mista pubblica-privata, 5 Case di Cura.

1.1 Gli Ospedali Dea di II livello:

Gli **Ospedali di Perugia e Terni** per necessità strutturale e orogeografica devono dedicare le attività sia ai pazienti COVID che non COVID per cui si prevede:

- in entrambi gli Ospedali vengono mantenute le attività dedicate alle urgenze/emergenze chirurgiche, patologie tempo dipendenti, il Punto Nascita e le attività onco-ematologiche, le attività dialitiche e le attività elettive non procrastinabili che necessitano di assistenza nel DEA di II livello;
- in entrambi gli Ospedali vengono rimodulate fino alla sospensione le attività chirurgiche di elezione procrastinabili e trasferendo quelle non procrastinabili (salvo quelle di II livello) nelle strutture COVID free pubbliche e private, scegliendo in base alla complessità e all'eventuale necessità di terapia intensiva;
- entrambi gli ospedali dedicano le U.O. di Malattie Infettive e di Pneumologia nonché aree mediche nettamente separate dalle aree non COVID ai pazienti COVID (cod. 24, cod. 68, cod. 26) come da tab. n. 1, nell'Ospedale di Perugia e nell'Ospedale di Terni. In entrambi gli ospedali si aggiungono i posti letto di terapia intensiva, già attivi e attivabili, anche in via straordinaria, non avendo ancora potuto avviare gli adeguamenti previsti dal DL rilancio n.34/2020 convertito in Legge 77/2020. Nell'ambito dei posti letto di area medica sono attivi e attivabili i posti di terapia semintensiva in relazione alla disponibilità di apparecchiature.

1.2 Gli Ospedali Dea di I livello:

Gli **Ospedali di Foligno e di Città di Castello** che hanno numero di posti letto maggiori e che possono maggiormente sostenere le attività legate alle patologie tempo dipendenti non possono essere dedicati



esclusivamente al trattamento dei pazienti COVID per la qual cosa al pari dei due DEA di II livello dedicano spazi al COVID e spazi al NON COVID:

- in entrambi gli Ospedali vengono mantenute le attività dedicate alle urgenze/emergenze chirurgiche, patologie tempo dipendenti, il Punto Nascita e le attività onco-ematologiche, le attività dialitiche;
- in entrambi gli Ospedali vengono rimodulate fino alla sospensione tutte le attività chirurgiche di elezione procrastinabili, trasferendo quelle non procrastinabili nelle strutture COVID free pubbliche e private scegliendo in base alla complessità e all'eventuale necessità di terapia intensiva;
- entrambi dedicano aree mediche nettamente separate dalle aree non COVID ai pazienti COVID (cod. 68, cod. 26) come da tab. n. 1, per ospedale. Nell'ambito dei posti letto di area medica sono attivabili i posti di terapia semintensiva in relazione alla disponibilità di apparecchiature;
- in entrambi gli Ospedali sono presenti due Unità di Terapia Intensiva (cod.49) di 8 PL a Foligno e 7 PL a Città di Castello e sono già attive le sezioni aggiuntive rispettivamente di 5 e 4 PL, attivate in via straordinaria, non essendo ancora avviati gli adeguamenti previsti dal DL rilancio, da dedicare alle attività generaliste.

Gli **Ospedali di Gubbio-Gualdo Tadino e di Orvieto**, in questa fase, dedicano i posti letto alle patologie non COVID di emergenza/urgenza, del PN, delle attività oncologiche e delle attività elettive anche chirurgiche non procrastinabili supportando l'attività chirurgica degli ospedali che affrontano i pazienti COVID gestendo le priorità della casistica regionale. Presso tali Ospedali andranno programmate le sedute chirurgiche tenendo conto anche delle necessità degli altri DEA di II e di I livello anche in condivisione di equipages professionali.

L'**Ospedale di Spoleto** viene dedicato all'80% al COVID laddove vengono strutturate aree di degenza medica, unità di terapia intensiva, di semintensiva, unità operativa a bassa intensità, (come da tab. n. 1), mantenendo aree non COVID per l'oncologia, la radioterapia, la dialisi, il pronto soccorso riorganizzato temporaneamente secondo la configurazione e l'offerta dell'ospedale, attività ambulatoriali prevalentemente dedicate ai pazienti cronici.

Presso tale Ospedale viene sospesa l'attività chirurgica per pazienti non COVID+ che dovrà trovare spazio per le urgenze ed i pazienti oncologici negli altri ospedali pubblici e privati della rete regionali.

1.3 Gli Ospedali di base per acuti e riabilitativi

Gli **Ospedali di base attualmente attivi sono 6 ospedali per acuti**: Umbertide, Castiglione del Lago, Assisi, Media Valle del Tevere, Narni, Amelia e **4 ospedali riabilitativi**: Passignano, Trevi, Domus a Terni, Cascia. La configurazione ottimale della rete ospedaliera in fase emergenziale necessita di individuare le relazioni di base tra questi ospedali e i DEA di I e II livello.

Sono individuati **Ospedali di supporto**: Umbertide in relazione con Città di Castello, Castiglione del Lago e Passignano in relazione con Perugia, Amelia e Narni in relazione con Terni, Assisi, Trevi e Cascia in relazione con Foligno e Spoleto. In questi Ospedali viene garantita la patologia di base in urgenza anche trasferita dai PS degli altri Ospedali e i pazienti di più bassa intensità trasferiti dagli Ospedali DEA, oltre che le attività proprie non procrastinabili.

Presso tali Ospedali se per acuti andranno programmate le sedute chirurgiche tenendo conto anche delle necessità degli Ospedali con cui sono in relazione anche in condivisione di equipages professionali.

L'**Ospedale della Media Valle del Tevere** viene dedicato per almeno il 60% al COVID laddove vengono strutturate aree di degenza medica con PL di semintensiva, aree di degenza a bassa intensità, mantenendo aree non COVID per l'oncologia, la dialisi, attività ambulatoriali prevalentemente dedicate ai pazienti cronici.



L'**Ospedale Domus – Riabilitazione intensiva Terni** viene individuato come struttura per post acuti COVID è può assicurare anche le attività riabilitative ambulatoriali non procrastinabili.

Lo sviluppo complessivo nella tabella n.1.

1.4 Le strutture private

Le Strutture private **sono 6 di cui una mista pubblica-privata**. La configurazione ottimale della rete ospedaliera in fase emergenziale necessita di integrare queste strutture nella gestione facendo riferimento all'Accordo Quadro già sottoscritto.

Nelle **Strutture private** si attiveranno le attività previste dall'Accordo Quadro di cui alle lettere a), b) e c) al fine di mantenere le attività chirurgiche elettive non procrastinabili e decongestionare le degenze ospedaliere degli Ospedali COVID accogliendo le patologie mediche in ingresso da Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera per alcuni tipi di casistiche e in dimissione per le patologie medico e/o riabilitative che non possono rientrare a domicilio ma che non necessitano più di un'assistenza ospedaliera di I o di II livello. Nelle stesse strutture possono essere garantite le prestazioni chirurgiche non procrastinabili riferibili alla lettera a).

Possono essere altresì garantite, al pari delle strutture pubbliche e in relazione all'andamento dell'emergenza, le prestazioni di propria pertinenza non procrastinabili nell'ambito degli Accordi già vigenti.

1.5 Rimodulazione attività

Nelle strutture dove si effettuano prestazioni chirurgiche elettive vengono individuati:

- a. i posti letto vengono dedicati alle discipline chirurgiche
- b. le sale operatorie in relazione anche alla disponibilità di posti letto di terapia intensiva da gestire con il personale Anestesista già presente e non destinato all'assistenza dei pazienti COVID nei posti letti incrementati di T.I.
- c. il personale da dedicare alle sale operatorie;
- d. le équipes chirurgiche impiegate e la loro rotazione.

L'**attività di ricovero per ALPI** è sospesa.

Le **prestazioni ambulatoriali procrastinabili** sono rimodulate o sospese se necessario in base all'andamento dell'emergenza e degli spazi disponibili con monitoraggio e controllo costante, anche tenendo conto del Piano di recupero delle prestazioni sospese.

La **libera professione intramuraria** è rimodulata o sospesa per le medesime prestazioni per le quali è rimodulata/sospesa l'attività istituzionale nel regime ambulatoriale.

2. Dedicare una fetta della rete territoriale alle casistiche non COVID e una fetta della rete alle casistiche COVID tenendo presente tutte le strutture residenziali pubbliche e private presenti nel territorio:

- in tutte le strutture anche se di piccole dimensioni come da disposizioni già vigenti si devono garantire aree di isolamento e percorsi dedicati;
- vengono identificate 3 strutture COVID a bassa intensità che ospiteranno solo ospiti positivi anche in trasferimento dalle altre strutture territoriali se non riescono a fare isolamento: RSA di Perugia, RSA di Spoleto, RSA della Media Valle del Tevere.

Di seguito l'incremento dei posti letto dedicati per acuti e per post- acuti progressivo del V livello (fino a 400) e del VI livello (oltre i 400)

Tabella n. 1. Incremento posti letto dedicati COVID

STRUTTURA	POSTI LETTO ACUTI COVID	DI CUI SEMIN-TENSIVA	POSTI LETTO T.I. COVID	POSTI LETTO POST ACUTI/ RSA	TOTALE
AO PERUGIA	110	22	27		137
AO TERNI	86	9	19		105
CITTA' DI CASTELLO	60	10	7		67
FOLIGNO	34	13	8		42
SPOLETO	60	20	17	40	117
MEDIA VALLE DEL TEVERE	30			10	40
RSA PERUGIA				36	36
DOMUS TERNI				32	32
TOTALE	380	74	78	118	576

Si precisa che lo sviluppo strutturale dei posti letto di Terapia Intensiva (Decreto Rilancio) prevede di arrivare a 127, il piano prevede di dedicarne 78 per la T.I. COVID e 49 per la T.I. generalista modulabili in relazione alle necessità.

Lo stesso Decreto prevedeva la realizzazione di 62 posti letto di terapia sub-intensiva da realizzare nella dotazione delle discipline mediche e lo sviluppo li porta a 74 con incremento di ulteriori 12 rispetto alle disposizioni.

E' chiaro che lo sviluppo dei 127 posti letto di TI e dei 74 di terapia sub-intensiva sono realizzati in maniera straordinaria non essendo ancora avviati i lavori previsti per la realizzazione strutturale e definitiva.

Questa configurazione può essere ulteriormente sviluppata nelle stesse strutture in relazione alla necessità legata all'emergenza e alla possibilità di ampliamento degli spazi da dedicare e del personale necessario.

Figura 1. Rete ospedaliera

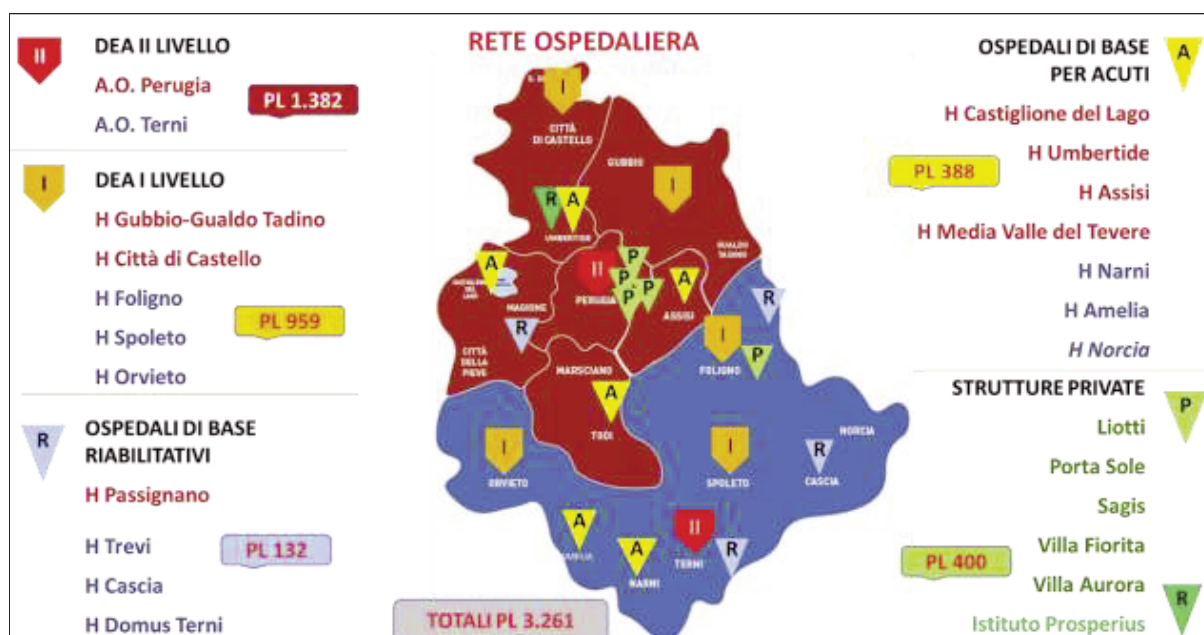
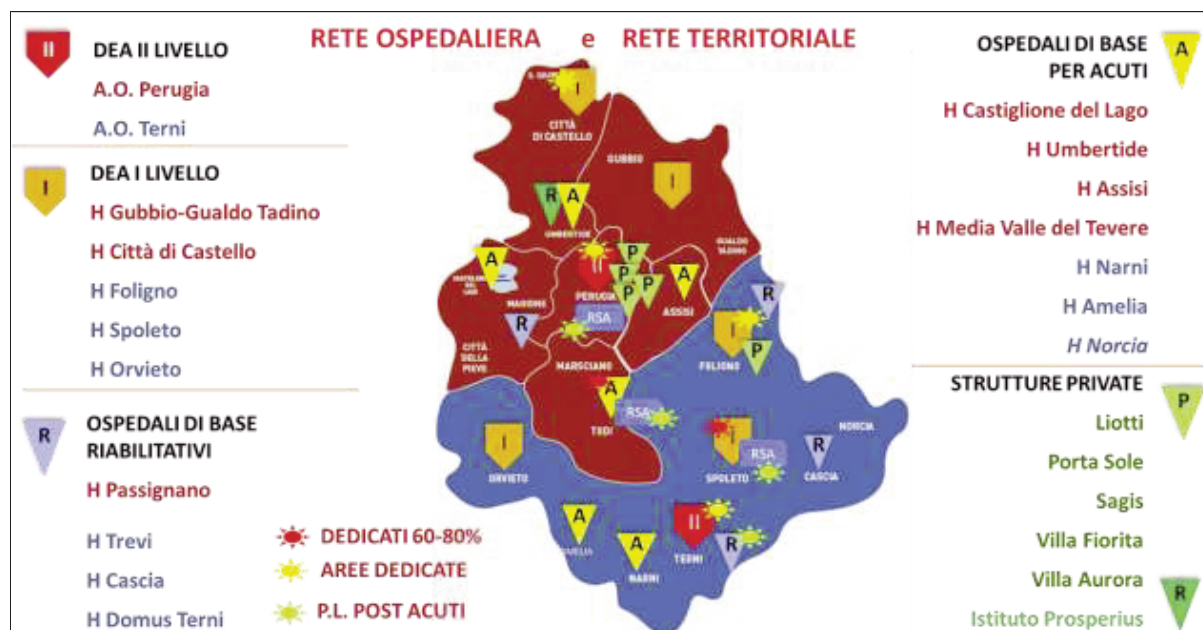


Figura 2. Piano di contenimento



In caso di situazione impetuosamente evolutiva tutta la rete ospedaliera e territoriale sarà coinvolta in un “piano di salvaguardia” limitando le attività alle sole urgenze/emergenze e alla possibilità di reclutare strutture diverse dove realizzare aree di degenza COVID.

In ultimo si precisa che sono previste strutture recettive per l'accoglienza di soggetti positivi asintomatici o paucisintomatici per isolamento dal proprio domicilio.

E' già attiva in tal senso fin dalla prima fase la struttura di Villa Muzi a Città di Castello con 20 posti e dal mese di novembre l'Hotel Melody a Deruta con una potenzialità di 54 posti.

La Protezione Civile si occupa di reperire ulteriori strutture recettive alberghiere per eventuali ulteriori reclutamenti in relazione alle necessità.

**LINEE DI INDIRIZZO GESTIONE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PERCORSI DI ACCESSO – ISOLAMENTO - SORVEGLIANZA – MONITORAGGIO**

All. 2)

LINEE DI INDIRIZZO GESTIONE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PERCORSI DI ACCESSO – ISOLAMENTO - SORVEGLIANZA – MONITORAGGIO

In generale tutte le strutture essendo anche di piccole dimensioni restano COVID free e come da disposizioni già vigenti con aree di isolamento e percorsi dedicati. In questo momento di seconda ondata epidemica devono mantenere una chiusura assoluta per tutti i visitatori. **Non possono accogliere nessun nuovo ingresso per 14 giorni** tempo utile per testare tutti gli ospiti al tempo 0 e al 14 giorno per essere certi della negatività di tutti. Se la struttura dopo 14 giorni di chiusura non ha nessun ospite positivo e tutto il personale negativo può accogliere ospiti con tampone negativo all'ingresso, isolamento di 14 giorni e tampone dopo periodo di isolamento.

STRUTTURE RESIDENZIALI

In tutte le strutture territoriali residenziali (sia quelle a conduzione diretta che in convenzione) non sarà consentita la presenza di visitatori o caregiver o familiari. Non sarà consentito l'accesso e/o permanenza in struttura di persone con sintomi respiratori.

Le strutture dovranno mantenere chiuse le porte di accesso e dovranno favorire il contatto telefonico ed in videochiamata tra familiare e paziente e viceversa.

Le portinerie delle strutture devono sorvegliare l'accesso e orientare i flussi e se necessario effettuare un pre triage.

In assenza di portineria, la regolamentazione dell'accesso viene effettuata tramite citofono.

Le portinerie delle Strutture Residenziali dovranno consentire l'accesso esclusivamente:

- ai dipendenti muniti di tesserino rilevazione presenze, limitatamente al periodo di effettivo servizio;
- ai fornitori, nel rispetto dei percorsi dedicati. Gli ingressi delle Strutture residenziali dovranno rimanere chiusi ed essere presidiati per i soli accessi autorizzati dalla Direzione e/o dal Responsabile del Servizio. Gli ingressi devono essere dotati di dispenser di gel alcolico.

Tutti coloro che accedono alla struttura vanno comunque registrati e va raccomandata la corretta igiene delle mani, l'uso della mascherina e le misure di distanziamento.

Tutti coloro che accedono alla struttura hanno l'obbligo di segnalare la eventuale provenienza da paesi esteri o di aver avuto un contatto stretto con casi. Tale obbligo è esteso in particolare alle ditte o ai singoli soggetti autorizzati.

In caso di dimissione dalla struttura l'accompagnatore sarà autorizzato dalla Direzione della Struttura. Dovrà essere identificato e registrato. Allo stesso dovrà essere effettuato un pre triage telefonico

Gli operatori di tutte le ditte esterne operanti nelle Strutture sono tenuti, come sempre, al rispetto rigoroso e sistematico delle precauzioni standard, oltre a quelle previste per via aerea, da droplets e da contatto, inoltre la permanenza all'interno della Struttura Residenziale dovrà essere limitata al tempo strettamente necessario per svolgere la mansione.

**LINEE DI INDIRIZZO GESTIONE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI Percorsi di ACCESSO – ISOLAMENTO - SORVEGLIANZA – MONITORAGGIO**

Tutti le Strutture Residenziali, oltre ad avere un piano per le pulizie quotidiane degli ambienti, devono avere un piano straordinario delle pulizie di sanificazione, da mettere in atto tutte le volte che degli ospiti o degli operatori della Struttura Residenziale vengano classificati come “caso sospetto”.

STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI

Si ritiene opportuno disporre quanto segue, in analogia a quanto effettuato nella prima fase epidemica

L'attività dei Centri semiresidenziali, a carattere socio-assistenziale, socio-educativo, polifunzionale, socio-occupazionale, sanitario e socio-sanitario per persone con disabilità e anziani, è generalmente sospesa.

L'Azienda sanitaria locale può, d'accordo con gli enti gestori dei centri diurni socio-sanitari e sanitari permettere l'apertura dei centri e/o attivare interventi non differibili in favore delle persone specialmente con disabilità ad alta necessità di sostegno sanitario, ove la tipologia delle prestazioni e l'organizzazione delle strutture stesse consenta il rispetto delle previste misure di contenimento. In ogni caso, per la durata dello stato di emergenza, le assenze dalle attività dei centri, indipendentemente dal loro numero, non sono causa di dimissione o di esclusione dalle medesime degli utenti già inseriti.

I Distretti, attraverso le UVM, debbono individuare i soggetti le cui condizioni cliniche/socio assistenziali siano talmente critiche da necessitare di progetti individualizzati.

I Distretti dovranno per questi garantire la continuità dei progetti di lavoro previsti. In questo momento emergenziale, i progetti vanno infatti rimodulati privilegiando attività individuali al fine di evitare il contatto fisico.

Gli operatori che si recano a domicilio devono osservare le raccomandazioni date dal Ministero e devono far in modo che anche gli utenti siano in grado di rispettarle.

Ad ogni ospite prima dell'ingresso in struttura se previsto, andrà monitorata la temperatura. Nel caso in cui l'ospite presentasse condizioni simil-influenzali o stati febbrili o affezioni dell'apparato respiratorio non potrà frequentare il Servizio Semiresidenziale; se, invece, l'ospite sviluppasse sintomi simil-influenzali successivamente all'accesso al Servizio Semiresidenziale, dovranno essere chiamati i familiari per invitarli a riportare l'ospite al proprio domicilio.

Tutte le strutture semiresidenziali, oltre ad avere un piano per le pulizie quotidiane degli ambienti, devono avere un piano straordinario delle pulizie di sanificazione, da mettere in atto tutte le volte che, all'interno della Struttura Semiresidenziale, venga individuato come “caso sospetto” un ospite o un operatore.

SORVEGLIANZA ATTIVA E IDENTIFICAZIONE PRECOCE DI CASI SOSPETTI DI COVID-19 TRA I RESIDENTI E GLI OPERATORI

Ogni struttura residenziale e semiresidenziale sociosanitaria deve promuovere la sensibilizzazione degli operatori, sulla necessità di rispettare le misure di igiene e prevenzione, anche al di fuori



LINEE DI INDIRIZZO GESTIONE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PERCORSI DI ACCESSO – ISOLAMENTO - SORVEGLIANZA – MONITORAGGIO

dell'ambiente di lavoro, di monitorare il proprio stato di salute, monitorare nel tempo l'eventuale comparsa di febbre e segni e sintomi compatibili con COVID-19 e monitorare altri fattori di rischio (es. contatto con casi COVID-19) dei residenti nella struttura, con particolare attenzione agli ammessi, riammessi o trasferiti da altre sezioni della struttura nelle ultime due settimane;

Come riportato nel Rapporto ISS al paragrafo "Preparazione della struttura e gestione dei casi sospetti o probabili/confermati di COVID-19" la struttura deve provvedere a:

- assicurare una adeguata programmazione dell'approvvigionamento, in quantità e qualità, dei DPI e di altri prodotti e dispositivi necessari per la prevenzione e controllo della trasmissione del SARS-CoV-2;
- assicurare la presenza in tutte le stanze di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani, i lavandini devono essere forniti di sapone e asciugamani di carta;
- provvedere affinché tutte le superfici ad alta frequenza di contatto (es. maniglie, corrimani, tavoli, sedie, telecomandi, interruttori della luce e le altre superfici a rischio) debbano essere pulite e sanificate almeno giornalmente;
- identificare in tutte le strutture alcune stanze, in numero adeguato al numero dei residenti, che consentano la quarantena e l'isolamento di casi sospetti, probabili, confermati, in attesa di definizione diagnostica o prima del trasferimento ad altra struttura, considerando tali residenti potenzialmente contagiosi (isolamento con precauzioni da contatto e *droplet*);
- offrire, nel caso di focolai che coinvolgano strutture ospedaliere, lungodegenze, RSA/RP o altre strutture residenziali per anziani, il test ai residenti e a tutti gli operatori sanitari coinvolti, come previsto da circolare del Ministero della Salute e considerare di **ripeterlo dopo una settimana e dopo 10 giorni per monitorare eventuali nuove positività**;

ISOLAMENTO PRECOCE DEI CASI SOSPETTI DI COVID-19 TRA I RESIDENTI E GLI OPERATORI

Si riporta di seguito quanto indicato dal rapporto ISS n.4 /200 rev 24 Agosto

- il caso sospetto COVID-19, immediatamente posto in isolamento, deve essere segnalato al Dipartimento di prevenzione ed essere sottoposto a tampone naso-faringeo per ricerca di SARS-CoV-2 anche attivando l'USCA. Deve essere effettuata immediatamente la pulizia e sanificazione accurata degli ambienti dove il residente soggiornava e dove è stato esaminato. Infine, è importante effettuare una tempestiva ed attenta valutazione del rischio di esposizione al caso degli operatori e degli altri residenti.
- In caso di identificazione di una tale condizione di rischio, i soggetti esposti dovranno essere considerati contatti di caso COVID-19 e seguire le procedure di segnalazione, sorveglianza e quarantena stabilite dalle autorità sanitarie locali;
- nelle strutture ove non sia presente assistenza infermieristica 7/24 ciò comporterà il temporaneo isolamento in stanza singola e il successivo trasferimento del residente/ospite ad altra struttura residenziale in grado di garantire le precauzioni di isolamento, in accordo con le autorità locali, provinciali e regionali;

**LINEE DI INDIRIZZO GESTIONE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PERCORSI DI ACCESSO – ISOLAMENTO - SORVEGLIANZA – MONITORAGGIO**

- in strutture di dimensioni più grandi, previa valutazione dei Dipartimenti di Prevenzione sulla adeguatezza della possibilità di effettuare un efficace isolamento, sarà possibile creare aree e percorsi (se possibile, a senso unico) dedicati in grado di garantire quanto più possibile la separazione tra aree “pulite” e aree “sporche”.

Nelle aree COVID-19 e nelle condizioni di isolamento temporaneo dovranno essere messe in atto tempestivamente e rispettate le seguenti procedure:

- fare indossare al residente una mascherina chirurgica, se tollerata e se compatibile con le sue condizioni cliniche;
- quando è necessaria assistenza diretta al residente, applicare rigorosamente le precauzioni da contatto e *droplet* nell’assistenza di casi sospetti o probabili/confermati di COVID-19: guanti, dispositivo di protezione respiratoria, occhiali di protezione/visiera, grembiule/camice monouso (possibilmente idrorepellente); qualora non fosse necessario contatto diretto, indossare la mascherina chirurgica, mantenersi alla distanza di almeno 1 metro ed evitare di toccare le superfici nella stanza del residente;
- minimizzare l'uso di procedure o tecniche che potrebbero produrre aerosol infettivo; in caso contrario, indossare guanti, dispositivo di protezione respiratoria FFP2 o FFP3, occhiali di protezione/visiera, grembiule/camice monouso (possibilmente idrorepellente), e areare frequentemente l’ambiente; consultare il documento specifico nella sua ultima versione;
- praticare frequentemente l’igiene delle mani con soluzione idroalcolica o, se non disponibile o se le mani sono visibilmente sporche, lavare le mani con acqua e sapone e asciugare con salvietta monouso;
- effettuare pulizia frequente (almeno due volte al giorno) nella stanza del residente con acqua e detersivi seguita da disinfezione con ipoclorito di sodio allo 0,5% (equivalente a 5000 ppm) per la disinfezione di superfici toccate frequentemente e dei bagni, e allo 0,1% (equivalente a 1000 ppm) per le altre superfici; prestare particolare attenzione alle aree comuni; areare frequentemente i locali;
- disinfettare con alcol etilico al 70% i dispositivi di cura o attrezzature riutilizzabili (es., i termometri e gli stetoscopi) dopo ogni uso;
- nelle strutture con casi positivi va garantita la visita quotidiana dei casi per la sorveglianza sanitaria da parte del Medico di struttura o dal MMG che si avvarranno nel caso del medico USCA;
- concentrare le attività assistenziali (es. igiene/terapia/colazione) al fine di ridurre gli accessi alla stanza del residente;
- se dovessero essere necessari trasferimenti all’interno della struttura, garantire la minima esposizione degli altri ospiti, evitando spazi comuni durante il percorso;
- garantire una ventilazione regolare degli ambienti;
- riporre con cautela in un sacchetto chiuso la biancheria e il vestiario della persona in isolamento in attesa che vengano lavati e evitare il contatto diretto con la propria cute e i



LINEE DI INDIRIZZO GESTIONE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PERCORSI DI ACCESSO – ISOLAMENTO - SORVEGLIANZA – MONITORAGGIO

propri vestiti. Non agitare la biancheria per arieggiarla. Lavare vestiti, lenzuola, asciugamani e teli da bagno in lavatrice a 60–90°C con uso di comune detersivo;

- lavare in lavastoviglie o a mano con acqua calda e detersivo le stoviglie utilizzate dal caso sospetto/probabile/confermato;
- indossare guanti e mascherina durante le operazioni di lavaggio di biancheria e vestiti, di disinfezione e igiene dei locali;
- i contenitori dei ROT devono essere collocati all'interno della stanza della persona in isolamento sino alla chiusura, una volta chiusi devono essere subito collocati all'interno del deposito individuato all'interno della struttura;
- prendere accordi con il dipartimento di prevenzione competente per una eventuale strategia di screening per gli operatori delle strutture residenziali in accordo con le circolari ministeriali

SORVEGLIANZA DEGLI OPERATORI

La sorveglianza degli **operatori addetti all'assistenza** va approntata con nuova strategia:

- **Test antigenico al tempo 0 come screening di base.** I soggetti positivi vanno indagati con tampone molecolare. Se negativo continua sorveglianza; se positivo va gestito come caso positivo;
- **Test antigenico ogni 7 gg.** I soggetti positivi vanno indagati con tampone molecolare. Se negativo continua sorveglianza se positivo va gestito come caso positivo.
- **Test molecolare tempestivo se l'operatore sanitario è contatto stretto di caso positivo**
- **Ogni Struttura Residenziale e Semiresidenziale avrà a disposizione test antigenici rapidi finalizzati allo screening degli operatori e da svolgersi in giorni stabiliti e fissi.**

Il Responsabile di Struttura o suo delegato darà comunicazione delle date in cui verranno svolti i test alla propria Direzione di Distretto, al proprio Responsabile alla Sicurezza ed al Dipartimento di Prevenzione. Sarà compito della Responsabile di Struttura poi comunicare gli esiti dei referti istantanei ai Servizi sopraindicati.

Se l'operatore sanitario testato con test rapido antigenico risulterà negativo continuerà la sorveglianza; se, al contrario l'operatore sanitario risulterà positivo andrà gestito come caso positivo ed allontanato precauzionalmente dal luogo di lavoro.

A questo, faranno seguito tutte le procedure di verifica con tampone molecolare.

Se il tampone molecolare confermasse l'esito positivo, sarà compito del Responsabile di Struttura procedere ad una verifica completa di screening per infezione da Sars-CoV-2 tra gli ospiti della comunità Residenziale o Semiresidenziale e in tutti gli operatori.

MONITORAGGIO GIORNALIERO CASI POSITIVI E SOSPETTI ALL'INTERNO DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI DELLA REGIONE UMBRIA

La sorveglianza epidemiologica di casi COVID all'interno delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali a gestione diretta, convenzionate e private ed il loro monitoraggio costante rappresentano l'elemento fondamentale per la verifica della presenza di casi positivi all'interno delle strutture Residenziali e Semiresidenziali. La sorveglianza delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali si basa sul controllo continuo e *comunicazione giornaliera* dei nuovi casi e dei loro



LINEE DI INDIRIZZO GESTIONE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PERCORSI DI ACCESSO – ISOLAMENTO - SORVEGLIANZA – MONITORAGGIO

contatti, attraverso una trasmissione costante e aggiornata degli eventi in essere presenti in ciascun Distretto Sanitario della Regione Umbria.

E' necessario che ogni Struttura Residenziale e Semiresidenziale a gestione diretta, convenzionata e privata comunichi tempestivamente la presenza di nuovi casi alla Direzione di Distretto di appartenenza che avrà il compito monitorare l'andamento dei casi nel tempo.

Ogni Direzione di Distretto comunica giornalmente i nuovi casi:

- all'indirizzo mail sanitassistenza@regione.umbria.it, indicando in OGGETTO: "Monitoraggio Casi Positivi- Nome della Struttura"
- alla Direzione Sanitaria dell'Usl Umbria di appartenenza. Sarà poi mandato della Regione tenere i contatti tra le direzioni di distretto interessate e le strutture coinvolte.

Le Direzioni di Distretto sono tenute a comunicare tempestivamente, oltre alle variazioni del numero di casi positivi ed i nuovi casi, anche i tamponi in progress (tamponi in attesa di refertazione). Per i "Tamponi in progress" la Direzione di Distretto monitorerà la sorveglianza o la necessità di ulteriori tamponi per il personale o per gli ospiti della struttura.

Monitoraggio dei tamponi positivi di utenti/pazienti/ospiti delle strutture Residenziali e Semiresidenziali:



Nel caso di Casi Sospetti la Struttura Residenziale o Semiresidenziale segnala la richiesta di tamponi al Dipartimento di Prevenzione (ISP).

Il monitoraggio dell'evoluzione della situazione all'interno della Struttura avviene su base giornaliera.

INVIO DELLE CHECK LIST COVID

Come previsto da DECRETO DEL 30 Aprile 2020 in cui all'art 1 viene indicato "il presente decreto sono adottati i criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario di cui all'allegato 10 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 aprile 2020, così come individuati nel documento allegato che costituisce parte integrante del presente decreto".

La Regione, come sottolineato anche nei corsi di formazione attivati per tutte le Strutture, ha specificato l'importanza del flusso di informazioni, che sono, per altro, obbligatorie. I flussi di



LINEE DI INDIRIZZO GESTIONE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PERCORSI DI ACCESSO – ISOLAMENTO - SORVEGLIANZA – MONITORAGGIO

informazioni devono pervenire attraverso la compilazione e l'invio anche delle check list utili a classificare tempestivamente il livello di rischio e la cui conoscenza faciliterà il monitoraggio dell'attività della struttura stessa.

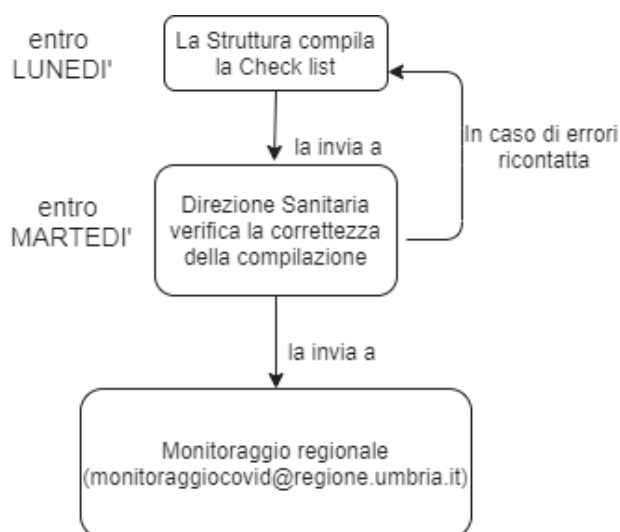
Le Check list delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali, infatti, sono composte di 2 parti:

1. "Caratteristiche della struttura" per il monitoraggio del trimestre 1/10/2020-31/12/2020
2. "Monitoraggio residenti e personale" per il monitoraggio della settimana

I lunedì di ogni settimana tutte le Strutture Residenziali e Semiresidenziali dell'Umbria dovranno inoltrare alla propria Direzione di Distretto le check list riferite alla settimana appena conclusa. La Direzione di Distretto avrà il compito di verificare la correttezza della compilazione dei singoli campi della settimana oggetto di osservazione.

Dopo rivalutazione di adeguata compilazione, la Direzione di Distretto invierà le check list all'indirizzo di posta e-mail monitoraggioCOVID@regione.umbria.it, non più tardi del martedì successivo alla settimana monitorata.

Percorso di inoltro della check list COVID delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali:



MARIA BALSAMO - *Direttore responsabile*

Registrazione presso il Tribunale di Perugia del 15 novembre 2007, n. 46/2007 - Composizione ed impaginazione S.T.E.S. s.r.l. - 85100 Potenza
