



PROGRAMMA OPERATIVO PER LA GESTIONE EMERGENZA COVID-19

INDICE

PREMESSA	3
1. Percorso metodologico: Governance e sviluppo degli interventi per fasi	4
1.1 La Governance	5
1.2 Lo sviluppo degli interventi per fasi e la gestione a regime	11
1.3 Lo scenario pre-emergenza	24
1.4 Individuazione degli interventi	27
1.5 Azioni di sistema	28
1.6 Costruzione del modello programmatico e CE IV trimestre 2020 COVID-19	32
2. Aree di riferimento del Programma Operativo	38
2.1. Area del “Governo del Sistema”	39
2.1.1. Area “Utilizzo dei fattori produttivi”	39
2.1.1.1 Personale	39
2.1.1.1.a Personale –Arruolamento	39
2.1.1.1.b Personale – Formazione	47
2.1.1.2.a Farmaci	48
2.1.1.2.b Dispositivi medici - DPI	49
2.1.1.3 – Tecnologie	53
2.1.1.5 Altri beni sanitari	68
2.1.1.6 Servizi non sanitari	68
2.2 Revisione temporanea rete assistenziale	71
2.2.1. Area ospedaliera	71
2.2.1a. Diagnostica di Laboratorio	76
2.2.2. “Area territoriale”	78
2.2.3 Telemedicina	85
2.2.3 “Prevenzione”	91
2.2.4 “Medicina di base e pediatria di libera scelta”	104
2.2.5 “Continuità assistenziale”	106
2.2.6 Specialistica ambulatoriale	108
2.2.7 “Privati accreditati”	109
2.2.8 “Privati autorizzati e non accreditati”	113
2.3 Altro	115
2.3.1 Gestione coordinamento con Dipartimento della Protezione civile	115
2.3.2 Collaborazione con Sanità militare, Inail, volontariato, altre collaborazioni	118
3. Azioni di sviluppo	119
3.1 Lezioni acquisite e azioni di sviluppo	120
ALLEGATI	125

PREMESSA

I primi casi di infezione da SARS-CoV-2 nel nostro Paese, confermati dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), risalgono al 30 gennaio 2020: si è trattato di due turisti cinesi ricoverati dal 29 gennaio all'Istituto nazionale per le malattie infettive "Lazzaro Spallanzani" di Roma. Le Autorità sanitarie regionali hanno attuato da subito le misure necessarie per tracciare i contatti in via precauzionale, in accordo con le disposizioni già definite dal Ministero della Salute: tutti i contatti sono risultati negativi. Il 21 febbraio 2020, l'ISS ha confermato il primo caso autoctono in Italia (risultato positivo all'Ospedale Sacco di Milano), primo caso di trasmissione locale di infezione da nuovo coronavirus. L'11 marzo l'OMS ha dichiarato lo stato di pandemia, tenuto conto dell'estensione di COVID-19 nel mondo: la prima volta per un virus non influenzale.

L'Italia è risultata uno dei paesi più colpiti al mondo dall'epidemia. Il contagio ha interessato, durante la prima ondata, soprattutto le regioni Lombardia, Emilia-Romagna, Piemonte e Veneto, mentre a partire dal secondo semestre 2020 il quadro epidemiologico dell'infezione si è sviluppato con un graduale aumento dei casi fino alla prima metà di settembre e, successivamente, una rapida ascesa della curva epidemica, nel Lazio così come nelle altre regioni italiane.

L'epidemia di COVID-19 ha posto il Servizio sanitario regionale di fronte a necessità assistenziali inedite e peculiari, in presenza di vincoli che hanno fortemente condizionato le scelte cliniche e organizzative. I principali di questi vincoli sono stati:

- l'incertezza sugli scenari evolutivi dell'epidemia, manifestatasi con una diffusione iniziale a pochi cluster circoscritti, seguita da un'esplosione improvvisa, rendendo complessa la capacità di predire il numero delle persone da assistere e il fabbisogno di assistenza;
- la necessità di assicurare con la massima urgenza la risposta ai nuovi bisogni assistenziali, seguendo l'evolversi dell'epidemia e delle caratteristiche cliniche, assai eterogenee, dei casi progressivamente manifestati;
- l'obbligo di contemperare le risposte cliniche e assistenziali con il rispetto delle misure di distanziamento sociale imposte per contenere la diffusione del contagio;
- la necessità di coniugare la risposta ai nuovi bisogni assistenziali con la necessità di mantenere l'erogazione dei LEA e continuare ad assicurare le prestazioni urgenti e la tutela della salute, in particolare, dei pazienti più fragili.

In questa situazione, la Regione Lazio ha affrontato le problematiche connesse alla diffusione dell'epidemia con interventi organizzativi rivolti, secondo l'evolversi dell'epidemia, a fornire da subito le indicazioni sul trattamento dei casi sospetti, l'immediata attivazione dei SISP (Servizi Igiene e Sanità Pubblica) delle ASL e del SERESMI (Servizio Regionale per la Sorveglianza delle Malattie Infettive), per le prime attività di *contact tracing*, e a fornire sia disposizioni per l'assistenza ospedaliera ai pazienti in condizioni più critiche come pure ad attivare i servizi territoriali per dare risposta ai pazienti con sintomatologia meno grave.

Parallelamente la Regione ha assicurato tutte le misure di prevenzione idonee ad evitare l'incremento dei contagi nella popolazione e all'interno di contesti sanitari, nonché a tutelare il personale sanitario maggiormente esposto al rischio di contagio.

Molti degli interventi organizzativi disposti hanno accelerato e potenziato la realizzazione di azioni e strumenti già previsti nel Programma di Riqualficazione 2019-2021 che, inizialmente destinati alla gestione strutturale ordinaria dell'assistenza, si sono rivelati di particolare utilità nella situazione determinata dall'epidemia Covid-19. La loro lettura a posteriori rappresenta un'opportunità per ricavare anche elementi utili secondo le logiche della *learning organization* e indirizzi per il loro perfezionamento e la strutturazione a regime, oltre l'emergenza Covid-19. Da ultimo le informazioni raccolte consentiranno di aggiornare e attualizzare il piano pandemico regionale.

Il presente documento ripropone il contenuto del Programma Operativo, attualizzandone i contenuti.

1. Percorso metodologico: Governance e sviluppo degli interventi per fasi

1.1 La Governance

L'emergenza COVID-19 ha rappresentato un evento sanitario complesso per la dinamica epidemica, la difficile definizione di caso, la manifestazione clinica eterogenea e la necessità di ricorrere a metodologie di protezione storiche ma di fatto non abituali, senza avere a disposizione trattamenti specifici o, specialmente nella prima fase, evidenze scientifiche.

La popolazione generale si è trovata ad affrontare una condizione sociale e di sanità pubblica imprevista, ricevendo informazioni tramite una molteplicità di canali, spesso di difficile decodificazione, sovente divergenti, riferite a tutto il territorio nazionale ma con tempi di percezione e sviluppo differenti, da cui è emersa la necessità di avere a disposizione una risposta istituzionale vicina, tempestiva e coerente.

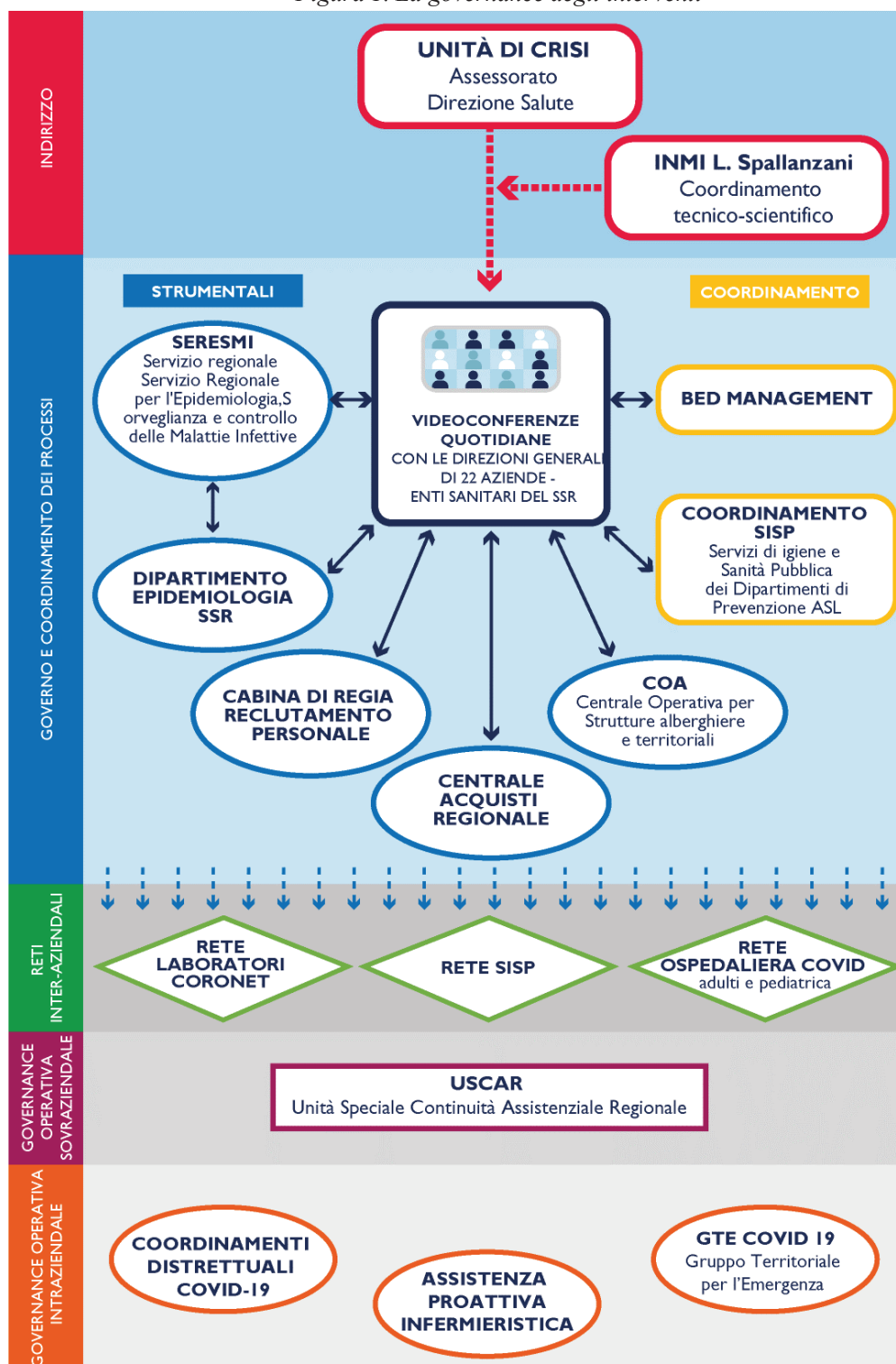
Il sistema sanitario regionale è stato investito in una modalità inconsueta e, fin da subito, tutte le sue articolazioni sono state coinvolte nell'organizzazione della risposta, in termini di prevenzione, definizione di caso, contenimento, diagnosi e cura.

Questa situazione ha fatto emergere la necessità di coordinare e integrare le azioni, sia specifiche che di sistema, tra diversi setting assistenziali, settori e centri di responsabilità, attraverso un modello di *governance* che, sotto la guida dell'Unità di Crisi regionale, si è fondato sui seguenti elementi: **catena di comando chiara e breve, accentramento delle decisioni a maggior impatto nell'Unità di crisi, collaborazione inter-aziendale, tempestività nella condivisione e comunicazione delle decisioni, agilità nell'attuazione degli interventi tramite il consolidamento di reti tra professionisti sanitari, tecnici e amministrativi.**

La robusta integrazione verticale delle dinamiche decisionali e la capacità di rapido adattamento orizzontale ed integrato del sistema di risposta all'emergenza epidemica ha caratterizzato la progettazione e l'esecuzione delle azioni.

Nella Figura 1 si fornisce uno schema riassuntivo degli Organismi di Governance e delle rispettive funzioni.

Figura 1. La governance degli interventi



Organismi di indirizzo

Unità di Crisi della Regione Lazio. Coordinata dall'Assessore con il supporto del Direttore Salute e Integrazione Sociosanitaria è stata istituita con il Decreto del Presidente n. T00055 del 5 marzo 2020 per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, composta da:

:

- ♦ Capo di Gabinetto della Presidenza
- ♦ Segretario Generale della Regione;
- ♦ Direttore dell'Agenzia Regionale di Protezione Civile;
- ♦ Direttore Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria;
- ♦ Direttore dell'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria Ares 118;
- ♦ Direttore Regionale della Direzione Regionale Soccorso Pubblico e 112 N.U.E.;
- ♦ Referente Sanitario Regionale per le Grandi Emergenze (ARES 118);
- ♦ Dirigenti delle Aree della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria: Area Rete Ospedaliera e Specialistica, Area Promozione della Salute e Prevenzione;
- ♦ Direttore Scientifico del Dipartimento Epidemiologico del SSR.

L'Unità di Crisi esercita il ruolo di **governo regionale** con le seguenti funzioni: 1. coordinare e definire gli indirizzi programmatici degli interventi e delle azioni di tutti gli attori del SSR; 2. gestire la comunicazione con i livelli di governo nazionali e internazionali e dare indirizzi alle ASL per la comunicazione e informazione a livello locale; 3. Predisporre, aggiornare e approvare linee di indirizzo per la predisposizione di piani di preparazione e risposta all'emergenza; 4. verificare i percorsi operativi e l'identificazione, da parte delle Aziende/Enti del SSR, di strutture e responsabilità per l'attuazione rapida delle indicazioni regionali; 5. Individuare le strutture pubbliche e private dedicate a fronteggiare l'emergenza COVID, definendone il ruolo nella rete, la dimensione quantitativa e qualitativa del contributo con un aggiornamento continuo correlato all'evoluzione epidemiologica e al fabbisogno; 6. raccogliere e aggiornare repertorio e disponibilità dei presidi necessari; 7. verificare l'efficacia e l'efficienza dei sistemi di comunicazione e proporre misure per il loro miglioramento. L'Unità di crisi propone al Presidente della Regione Lazio, nella sua qualifica di soggetto attuatore, tutte le ordinanze adottate in materia di salute e sanità pubblica.

L'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive (INMI) L. Spallanzani svolge un ruolo centrale nell'indirizzo clinico-scientifico dell'intero sistema, nonché come HUB della rete delle Malattie Infettive, della rete dei laboratori COROnet, (vedi dopo) nella produzione di raccomandazioni clinico-assistenziali e – attraverso il SERESMI - nella gestione del sistema di sorveglianza, oltre ad essere organismo di raccordo con il Comitato Tecnico Scientifico (CTS) nazionale. E' stato inoltre individuato, ai sensi del Decreto Legge 8 aprile 2020 n.23 (art. 40 comma 3) e limitatamente al periodo dello stato di emergenza, quale Comitato Etico unico nazionale per la valutazione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali per uso umano, degli studi osservazionali sui farmaci e dei programmi di uso terapeutico compassionevole per pazienti con COVID-19.

Governo e coordinamento dei processi

La condivisione quotidiana, in videoconferenza, di dati e decisioni tra l'Unità di Crisi e le Direzioni Generali di 22 aziende-enti sanitari del SSR B(ASL/AO/AOU/IRCCS pubblici/ARES 118/IZS/Policlinici Universitari pubblici e privati/Ospedale Pediatrico Bambino Gesù) è stata fino a dicembre 2020 la modalità operativa per il trasferimento delle indicazioni, consentendone la tempestiva trasmissione a tutti i centri di responsabilità del SSR, nonché strumento di verifica degli interventi in relazione all'evoluzione delle conoscenze e delle problematiche emergenti. Con il termine della "seconda ondata" e l'inizio della campagna vaccinale nazionale e regionale, alle

attività elencate si sono aggiunte/sostituite quelle correlate alla pianificazione, avvio, implementazione, adattamento e stabilizzazione della campagna vaccinale, alla

Coordinamento dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) delle ASL, a cura dell'Area Promozione della Salute e Prevenzione della Direzione regionale Salute, con il supporto tecnico del SERESMI, coinvolge i Direttori dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle ASL dell'area metropolitana di Roma (ASL Roma 1, Roma 2 e Roma 3) al fine di elaborare indirizzi per l'indagine epidemiologica, il *contact tracing*, la sorveglianza sanitaria e l'attuazione delle misure di quarantena.

Bed management regionale, per il coordinamento della gestione dei posti letto attraverso:

- lo studio dell'evoluzione del fabbisogno dei posti letto dedicati ai casi confermati;
- la gestione integrata ospedale-territorio con il 118, area posti letto di area critica, e la COA per la destinazione dei casi confermati o in isolamento, nonché la gestione dei flussi verso gli hotel covid
- lo sviluppo di piattaforme informatiche per la gestione dei posti dedicati in ospedale e le strutture alberghiere e residenziali;
- webinar multidisciplinari dedicati all'audit operativo sulla gestione dell'emergenza COVID-19 con i professionisti delle Rete ospedaliera e territoriale.

Nodi strumentali al governo dei processi

Servizio Regionale per la Sorveglianza delle Malattie Infettive (SERESMI) per il coordinamento e la conduzione delle indagini epidemiologiche su casi e contatti e la produzione di report giornalieri sull'andamento dell'epidemia, nonché per l'assolvimento del debito informativo verso il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità. VACCINAZIONE E SEQUENZIAMENTO

Dipartimento di epidemiologia del SSR (DEP) per l'integrazione dei dati di monitoraggio attraverso la piattaforma informatica con SERESMI, l'elaborazione di mappe di incidenza, il supporto alla rete SISP per la sorveglianza dei cittadini provenienti da altre regioni e la sorveglianza della mortalità giornaliera.

Cabina di Regia per il reclutamento straordinario Emergenza COVID19. Coordinata dal Dirigente dell'Area Risorse Umane della Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria, e composta dai rappresentanti delle Aziende direttamente coinvolte nelle procedure di reclutamento eccezionale (AOU Sant'Andrea, INMI, ARES 118, AO S. Camillo-Forlanini, Asl Roma 1 Roma 2 Latina, AO San Giovanni), ha permesso di fronteggiare l'emergenza nelle sue prime fasi potenziando la dotazione di personale sanitario, attraverso nuovi inserimenti di medici, infermieri e operatori sanitari, consentendo di proseguire anche nell'attività ordinaria di assistenza sanitaria e nella garanzia di prestazioni indifferibili, come attualmente avviene nella gestione del personale coinvolto a vario titolo nella campagna vaccinale

COA – Centrale operativa Aziendale. Allocated presso la Asl Roma1, con personale professionale, coordinata dal bed management regionale, supporta l'unità di crisi nel governo, a livello regionale, nel passaggio di setting assistenziale, di tipo step-down, in special modo per quanto attiene alla residenzialità territoriale e della post-acuzie grazie ad una piattaforma informatica per la gestione unitaria, coordinata e centralizzata del flusso degli ospiti, della valutazione delle richieste e dell'assegnazione dei pazienti alle strutture richieste. E' in costante contatto con la rete dei servizi ospedalieri e territoriali e con la struttura regionale, gestisce giornalmente il flusso dei pazienti con le strutture attivate e produce quotidianamente un report che permette di avere un monitoraggio in tempo reale dell'offerta attivata e dell'eventuale ulteriore fabbisogno. L'approvazione della Determinazione 25 settembre

2020, n. G10994 ha attivato un percorso organizzativo per la gestione del cambio di setting assistenziale con l'attivazione di una Centrale Operativa Aziendale in ciascuna ASL, l'implementazione del Servizio di Bed Management nelle AO, AU, IRCSS e Strutture Accreditate, e l'istituzione della Centrale Operativa Regionale Acuzie e Post-Acuzie (COR-APA) presso ARES 118. L'attività della Centrale Operativa prosegue dall'inizio della fase epidemica fino a tutt'oggi.

Direzione regionale Centrale Acquisti (DCA). Collaborando con la Direzione Regionale Salute – in particolare le Aree Patrimonio-Tecnologie e Farmaci-Dispositivi – in veste di delegata dal Presidente della Regione, unitamente all'Agenzia Regionale di Protezione Civile, ha svolto nel corso del 2020 un ruolo di soggetto attuatore per l'approvvigionamento di DPI e tecnologie. Il ruolo della DCA è stata essenziale nelle indagini di mercato, nella valutazione tecnica delle forniture centralizzate regionali, nelle procedure di approvvigionamento autonomo regionale; la collaborazione e il supporto sono inoltre resi necessari per la definizione dei dati di fabbisogno dei DPI e delle tecnologie sanitarie per il Commissario Straordinario per l'emergenza, di cui la DCA è stata individuata quale referente regionale. Nella fase attuale il ruolo della Centrale Acquisti è rientrato nell'attività ordinaria, essendo le modalità di acquisizione delle tecnologie e dei DPI rientrati nell'ambito dei processi regolati dalla normativa.

Reti inter-aziendali

Rete dei SISP - La rete dei SISP delle Aziende Sanitarie Locali, finalizzata a garantire uniformità nello svolgimento delle attività di:

- contact tracing nella comunità
- sorveglianza sanitaria e attuazione degli isolamenti fiduciari e delle misure di quarantena
- raccolta di dati utili al monitoraggio e valutazione dell'andamento dell'epidemia

Quanto sopra è stato particolarmente focalizzato nei mesi recenti sull'impatto delle VAI e VOC.

Quotidianamente la rete si interfaccia con l'Area Promozione della Salute e Prevenzione della Direzione regionale Salute e il SERESMI, per condividere lo stato delle attività svolte sui casi positivi, la ricerca dei contatti e la gestione dei focolai di infezione.

Rete di laboratori COROnet Lazio - la rete di laboratori per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, coordinata dal Laboratorio Regionale di Riferimento presso l'INMI Lazzaro Spallanzani, progressivamente estesa con specifici provvedimenti in ragione dell'evolversi dell'epidemia fino a ricomprendere 17 laboratori (per una capacità di processazione di poco inferiore a 6000 tamponi/die), al fine di rispondere in misura appropriata all'aumentato fabbisogno con copertura dell'attività H24, permettendo di aumentare la capacità dei test molecolari e nello stesso tempo di ridurre i tempi.

La rete dei laboratori COROnet è stata impegnata nel tracciamento delle varianti secondo quanto adottato nella procedura formalizzata con determina (G08714 del 30/06/2021)

Rete ospedaliera. L'Istituto Nazionale Malattie Infettive Spallanzani (INMI) è stato individuato fin dall'inizio come struttura di riferimento per la presa in carico di eventuali casi sospetti. Successivamente, all'evolversi dell'epidemia, è stata costruita una **rete Hub&Spoke con ospedali e reparti specificamente dedicati Covid**, con uno sviluppo modulare e flessibile correlato con l'andamento dell'epidemia. Nella rete ospedaliera è emersa, sin dall'inizio dell'emergenza, la necessità di coinvolgere sia le strutture pubbliche che quelle **private accreditate**, sotto il coordinamento dell'Unità di crisi.

L'inserimento delle strutture private accreditate e non accreditate nella rete ospedaliera COVID-19, modulato sulla base della curva di incidenza della pandemia e quindi della necessità di ricovero, è stato attuato attraverso un percorso di seguito brevemente descritto:

- Invio alle Associazioni di Categoria rappresentanti le Case di Cura Private una richiesta di manifestazione di disponibilità all'allestimento di posti letto ordinari/di terapia intensiva o di terapia subintensiva;
- Ricezione delle manifestazioni di disponibilità da parte delle Case di Cura;
- Valutazione delle manifestazioni di disponibilità, secondo l'ordine cronologico di acquisizione e il territorio di competenza, e dando priorità alle strutture interamente dedicate all'assistenza di Pazienti affetti da COVID-19 e a quelle in grado di assicurare la pronta disponibilità dei posti letto. Si è tenuto conto, nell'individuazione delle strutture da dedicare all'assistenza ospedaliera dei pazienti COVID-19, anche dell'assistenza ai pazienti NO COVID-19;
- Accettazione delle manifestazioni di disponibilità con l'invio delle modalità di allestimento e modalità organizzative per l'ingresso nella rete COVID-19, previa verifica dei requisiti da parte della ASL di competenza territoriale.

Governance operativa sovra-aziendale

Unità speciale di continuità assistenziale regionale (USCAR) Covid 19: coordinate operativamente dal SERESMI dell'INMI Spallanzani, si tratta di team mobili per interventi presso strutture territoriali (residenze anziani, alberghi protetti, domicilio del paziente qualora il medico dell'assistito non possa accedervi etc), composti da personale medico e infermieristico.

A seconda della tipologia di intervento (presso strutture residenziali, alberghi protetti, , etc), i team possono mutare nel numero e nella composizione del personale. In particolare, l'USCAR ha il compito di intervenire in situazioni di emergenza, presso quelle strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali entro cui si manifesta un focolaio di contagio o nei territori ricompresi in zone dichiarate "rosse" a supporto delle attività delle ASL. Inoltre all'USCAR sono richieste funzioni di supporto ai SISP per l'effettuazione di tamponi e di valutazioni cliniche. Inoltre, in casi selezionati, possono intervenire al domicilio del paziente COVID positivo.

Governance operativa intraaziendale

Gruppo Territoriale per l'Emergenza (GTE COVID-19), istituito per ogni Azienda Sanitaria Locale con la partecipazione delle Aziende Ospedaliere e degli ospedali accreditati che insistono nella rete territoriale di riferimento. E' coordinato dal Direttore Generale dell'ASL e ne fanno parte il Direttore del Dipartimento di Prevenzione o suo delegato e almeno un rappresentante delle seguenti aree: SISP, referenti diagnosi e cura malattie infettive, direzione sanitaria di presidio, referenti emergenza e urgenza ospedaliera, distretti e rappresentante delle Cure Primarie. Tra i principali compiti la predisposizione e l'aggiornamento del Piano locale per l'emergenza, la comunicazione e l'informazione con le istituzioni, enti e associazioni del territorio (prefetture, province, comuni, ...), l'identificazione delle strutture di ricovero e cura e dei percorsi operativi necessari per la rapida attivazione delle misure utili, nonché del repertorio di materiali, farmaci, presidi e DPI necessari e ai fini dell'approvvigionamento.

Coordinamento Distrettuale COVID-19. Organismo di coordinamento territoriale e, in particolare, preposto ad integrare tutte le attività e i servizi distrettuali per i pazienti COVID-19 nel territorio di competenza, programmare gli interventi diretti presso il domicilio dei pazienti o presso le strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali nonché prevedere il raccordo con l'ospedale per acuti e verificare i risultati delle azioni previste. E' composto dal Direttore del Distretto, dai referenti SISP, CAD, Cure Primarie, Assistenza Proattiva Infermieristica (API) e telesorveglianza/telemonitoraggio, referenti Unità di cure primarie MMG e PLS, referente dei medici di continuità assistenziale.

Assistenza proattiva infermieristica (API) - istituite presso ogni Distretto, svolgono la funzione di coadiuvare le attività delle UCP e di effettuare interventi diretti, in remoto/domicilio/struttura di ospitalità del paziente, su indicazione del Coordinamento distrettuale COVID-19 (collegata funzionalmente con il Centro di Assistenza Domiciliare (CAD), con funzioni di presa in carico dei pazienti fragili, di infermieristica di comunità, di case management). La dotazione complessiva è pari a 580 infermieri sul territorio regionale, 1 infermiere ogni 10000 abitanti e costituisce un supporto, anche a regime, per medici di medicina generale e per i pediatri di libera scelta nella presa in carico effettiva dei pazienti più fragili: l'attivazione dell'API prefigura quanto disposto dal DL 34/2020, art. 1, relativamente al potenziamento delle attività territoriali e domiciliari.

1.2 Lo sviluppo degli interventi per fasi e la gestione a regime

L'evolversi dell'epidemia di infezione da SARS-CoV-2 è stato caratterizzato da iniziali piccoli cluster riconducibili a contatti specifici seguiti da elevato numero di casi confermati con necessità di ricovero, per la quale l'Unità di Crisi ha dato luogo ad un modello di intervento modulare e flessibile, adeguando progressivamente le linee di indirizzo di cui alla nota n.182372 del 28 febbraio 2020, con una revisione delle azioni in una successione di Fasi di intervento. Le fasi sono state parte di un percorso unitario e circolare di valutazione e rivalutazione di eventi e interventi correlato alla dinamica epidemica, conseguenza di un sistema continuo di preparazione e programmazione dei nuovi scenari in una visione prudentiale.

La **Fase I** si è identificata con il "Periodo di allerta pandemico" dell'infezione da SARS-CoV-2, secondo il piano pandemico del Ministero della Salute, e si è caratterizzata per la presenza di piccoli cluster con diffusione del virus localizzata ed un livello di rischio classificato come 1, in presenza di intensi collegamenti o scambi commerciali con Paesi dove sono stati rilevati cluster di malattia.

Il documento regionale con le linee di indirizzo di Fase I (nota prot. n. 69913 del 24/01/2020; aggiornata il 29/01/2020, il 14/02/2020) ha rappresentato il filo conduttore della risposta regionale all'evento epidemico, dando immediata attuazione alle prime disposizioni nazionali per la gestione e la sorveglianza dei casi sospetti di infezione da virus SARS-CoV-2. Sono state dunque individuate le macroaree di intervento relative alla comunicazione con la popolazione, alla metodologia della sorveglianza, alla definizione del fabbisogno di strumenti di protezione e dei test di laboratorio, e alla riorganizzazione del sistema assistenziale nei diversi setting assistenziali, prevedendo:

- Istituzione numero verde 800118800
- Indicazioni per la definizione di caso sospetto e confermato
- Rilevazione epidemiologica e tracciamento dei contatti, attraverso i SISP delle ASL
- definizione della rete **di laboratori COROnet** per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2
- Gestione dei casi al domicilio (indicazioni per la quarantena) e presso le strutture sanitarie
- Definizione dell'impegno delle terapie intensive e dei reparti di malattie infettive e pneumologia
- Definizione del fabbisogno di DPI

La Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, con il supporto tecnico del SeRESMI (Servizio Regionale per l'Epidemiologia, Sorveglianza e controllo delle Malattie Infettive), ha definito il modello organizzativo per la pianificazione della preparazione alla pandemia: l'Istituto Nazionale Malattie Infettive Spallanzani (INMI) è stato individuato come struttura di riferimento **per la presa in carico ospedaliera** di eventuali casi sospetti, con il supporto dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù per la gestione ospedaliera dei casi pediatrici e il sistema di teleconsulto Teleadvice a disposizione di tutti i PS/DEA regionali.

Per quanto riguarda il **mantenimento delle attività assistenziali ordinarie**, è stata fornita indicazione a garantire il percorso per gli interventi di prevenzione attiva quali vaccinazioni e screening oncologici, prevedendo una rimodulazione delle agende.

In previsione delle necessità di potenziamento dei reparti delle strutture connesse all'evolversi dell'epidemia, già in questa fase le Aziende e gli Enti del SSR sono state autorizzate al **reclutamento del personale necessario** per la gestione dell'emergenza a livello ospedaliero e territoriale nonché per l'attivazione di nuovi posti letto di Terapia Intensiva e il potenziamento delle unità operative di Malattie Infettive, Pronto Soccorso, Pneumologie e Radiologie, anche in deroga all'ordinario sistema di approvazione del fabbisogno assunzionale. E' stato autorizzato il ricorso all'istituto della mobilità d'urgenza/assegnazioni temporanee del personale del SSR, già in servizio, sia a tempo determinato che indeterminato anche tra diverse aziende, allo scopo di sostenere il carico assistenziale delle strutture e/o delle aree a maggiore pressione assistenziale.

La **Fase II** si identifica con il periodo pandemico che ha richiesto le prime misure di *lockdown* nel paese. Il progressivo incremento di casi confermati ha determinato l'attivazione delle seguenti azioni:

- estensione della Rete di laboratori COROnet;
- la programmazione dei posti letto in una Rete COVID-19, l'indicazione a costituire Team multidisciplinari e l'ottimizzazione delle attività di trasferimento dei pazienti;
- l'indicazione a favorire la rilevazione tempestiva del bisogno e il monitoraggio dei casi in isolamento domiciliare, tramite l'utilizzo della telemedicina e del telemonitoraggio;
- il potenziamento della rete post-acuzie, con l'attivazione di posti letto di riabilitazione intensiva R1 'potenziata' per favorire il turn-over dei letti di terapia intensiva ospedaliera e per la dimissione di pazienti COVID-19;
- l'attivazione delle prime strutture alberghiere di ospitalità protetta, volte a favorire l'isolamento di pazienti COVID-19 asintomatici, stabili o in via di guarigione, oppure dimessi da ospedale per acuti, potenzialmente assistibili a domicilio ma privi di caregiver, supporto familiare e/o idoneità dell'abitazione,
- ulteriori indicazioni per prevenire l'infezione nelle strutture territoriali sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali e la predisposizione di strumenti per la rilevazione e la sorveglianza effettuata dalle ASL sulle strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali;
- specifiche indicazioni in merito alle misure di protezione della popolazione carceraria e nelle strutture di accoglienza degli stranieri richiedenti protezione internazionale.

Contemporaneamente all'espansione dei posti letto è stata assicurata la **dotazione di DPI** e avviata la ricognizione delle attrezzature necessarie alla loro attivazione, acquisite con doppia procedura (Consip e Centrale Acquisti). Le procedure per l'approvvigionamento, seguite nelle diverse fasi dell'epidemia, si sono basate sulla costante condivisione delle informazioni tra Aziende, Direzione regionale Salute e Dipartimento Protezione Civile.

La **protezione delle strutture sanitarie e degli operatori** dalla diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2 è stato un obiettivo prioritario, pur in presenza di difficoltà, a livello nazionale, nel reperimento dei presidi necessari. Sono stati predisposti specifici protocolli per la limitazione della diffusione del virus SARS-CoV-2 nelle strutture ospedaliere, sottoposti nel tempo a revisioni in relazione all'evoluzione delle conoscenze cliniche. Sono state fornite indicazioni per la sorveglianza degli operatori sanitari, con l'obiettivo di armonizzare la crescente richiesta di bisogno assistenziale legata all'epidemia di COVID-19 con l'esigenza di protezione del personale esposto.

Per quanto riguarda le attività assistenziali ordinarie, in considerazione della necessità di adeguamento delle strutture e del personale alle attività di valutazione e gestione dei casi, la Regione ha disposto:

- il blocco delle attività ambulatoriali differibili, in attività istituzionale ed in libera-professione, e delle attività di elezione;

- la garanzia di erogazione delle prestazioni della medicina specialistica ambulatoriale prescritte con classe di priorità Urgenza e Breve, di dialisi, di oncologia (visite e prestazioni strumentali di follow up, chemioterapia, radioterapia, etc.), prestazioni ostetriche non differibili, controlli chirurgici e ortopedici post operatori;
- il temporaneo differimento delle attività di invito e di primo livello dei programmi di screening oncologici regionali, garantendo gli approfondimenti diagnostici di secondo livello e i trattamenti chirurgici;
- la definizione di percorsi regionali clinico-assistenziali specifici e relativi alle Reti Tempo-dipendenti, adattando e revisionando i percorsi dei pazienti oncologici e per la salute mentale, l'attività chirurgica, la dialisi, le gravidanze e il parto;
- la sospensione dell'attività dei centri, pubblici o privati, semiresidenziali sanitari e sociosanitari per persone non autosufficienti, anche anziane e per persone disabili;
- la prosecuzione delle attività dei centri semiresidenziali, pubblici o privati, destinate all'assistenza di persone con disturbi psichiatrici, neuropsichiatrici, del neurosviluppo, minori e con disturbo da abuso di sostanze e/o addiction, limitatamente alle persone cui l'interruzione avrebbe recato grave danno.

Alcune importanti azioni sono state rivolte alla **facilitazione del cittadino**, isolato nel suo ambiente familiare, per ricevere le prescrizioni terapeutiche attraverso la dematerializzazione della ricetta, la proroga dei piani terapeutici e attuando in alcune aziende la consegna a domicilio di farmaci e presidi. E' stata garantita l'assistenza farmaceutica anche ad assistiti extra-regionali rimasti nel territorio laziale per effetto delle misure di *lockdown*, consentendo loro di ricevere terapie anche con consegna domiciliare attraverso le ASL o attraverso l'IRCCS IFO per le terapie oncologiche.

Sono state infine attivate, con il supporto di LAZIOcrea, **il sistema Lazioadvice e l'App LAZIODrCOVID**, con l'obiettivo di estendere le modalità di contatto dei cittadini con gli operatori sanitari oltre il numero verde, offrendo uno strumento di autovalutazione per il rischio COVID-19 e di contatto diretto e proattivo con il medico di famiglia in caso di necessità.

La **Fase III** si identifica con il periodo pandemico di maggiore diffusione del virus e afflusso in ospedale, con oltre 90 ricoveri e oltre 50 trasferimenti giornalieri, ma anche di coinvolgimento di strutture residenziali sociali e socio-sanitarie. Gli interventi di questa fase sono stati concentrati su:

- il consolidamento della rete ospedaliera;
- il potenziamento del personale delle strutture dei Dipartimenti di Prevenzione, a supporto delle indagini epidemiologiche, della sorveglianza domiciliare, della gestione del flusso di notifica dei casi, l'alimentazione della piattaforma regionale COV ID- 19 e l'utilizzo del sistema telesorveglianza Lazio Dr. COVID;
- l'estensione dell'assistenza domiciliare ai soggetti COVID positivi e il forte impulso alle attività del Distretto, dei MMG/PLS/MCA/Specialisti ambulatoriali e delle professioni infermieristiche, avviando la costituzione delle Unità speciale di continuità assistenziale regionale (USCAR) anche a supporto dei SISP e, nell'ambito di ogni Distretto, dell'Assistenza proattiva infermieristica (API);
- gli interventi di sorveglianza effettuati dai SISP e, successivamente, dalle USCAR, per il controllo delle strutture socio-assistenziali ricostruendo percorsi di sicurezza, permettendo nel contempo il monitoraggio delle persone e l'esecuzione dei test di laboratorio;
- indicazioni in merito all'assistenza nelle strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali;
- l'istituzione e il completamento della rete delle RSA COVID-19;
- il progressivo potenziamento dell'offerta di ospitalità protetta nelle strutture alberghiere.

Al fine di fornire ascolto e supporto alla popolazione, anche in considerazione del prolungato *lockdown*, sono stati istituiti numeri telefonici e sportelli di ascolto e sostegno psicologico presso ARES 118, ASL e alcune strutture ospedaliere.

La **fase IV** dell'emergenza ha coinciso con la transizione verso la fine del *lockdown* del paese e può essere considerata una fase pandemica di decremento definita con un rischio di livello 2. Si tratta dunque della fase di "convivenza con il virus", caratterizzata dalla progressiva rimodulazione delle misure di distanziamento in senso permissivo. In tale fase è stato istituito il Gruppo Regionale di Audit per i cluster di comunità da SARS-CoV-2, al fine di verificare l'adesione alle procedure di prevenzione, sorveglianza e controllo dell'infezione da SARS-CoV-2.

La fase IV ha inoltre previsto interventi di ampio respiro sul territorio e nell'area ospedaliera, con il duplice obiettivo di gestire con prudenza il periodo di ripresa delle attività sociali e di avviare il sistema verso la progressiva riattivazione dei servizi sanitari. Quanto alla ripresa dell'attività ospedaliera ordinaria, le disposizioni di tale fase si sono concentrate su:

1. la ristrutturazione dei percorsi dedicati alla valutazione dei casi;
2. la riorganizzazione strutturale e funzionale del pronto soccorso;
3. la ripresa dell'attività programmata con l'individuazione di aree filtro in ogni reparto;
4. le linee di indirizzo per la chirurgia programmata;
5. la definizione strutturale della rete delle terapie intensive;
6. la rimodulazione delle reti tempo-dipendenti.

Nel contempo è stata definita nel suo complesso la risposta territoriale, con il potenziamento delle cure primarie e, a supporto delle azioni, la piena operatività delle USCAR e delle API nell'ambito delle Aziende Sanitarie Locali. Nell'ambito della sorveglianza e prevenzione degli operatori maggiormente esposti a rischio di contagio durante l'emergenza epidemica è stata attivata una indagine regionale sulla sieroprevalenza dedicata agli operatori del SSR (compresi medici di medicina generale, pediatri, medici specialisti, farmacisti e operatori di strutture private accreditate e/o autorizzate e di servizi esternalizzati, operatori RSA) e delle forze dell'ordine (coinvolgendo oltre

160.000 persone), finalizzata a raccogliere informazioni aggiuntive sull'immunità della popolazione età- specifica contro il COVID-19 nelle diverse fasi della pandemia a livello locale / regionale e individuare casi paucisintomatici o asintomatici. A questo programma si è affiancato analogo studio su base nazionale, che ha coinvolto circa 10.000 residenti del Lazio.

Per quanto riguarda le attività assistenziali ordinarie, la Regione ha elaborato linee di indirizzo regionali su alcune patologie/condizioni per le quali garantire l'assistenza ospedaliera e ambulatoriale in quanto non differibili (area ostetrico-neonatologica, oncologia, psichiatria, pazienti dializzati). Sono state fornite indicazioni per la ripresa dell'attività ambulatoriale specialistica, inclusi gli screening oncologici di primo livello e, per consentire la riattivazione delle attività sanitarie, è stato predisposto il Piano regionale territoriale di fase IV volto a definire indicazioni organizzative rivolte a ciascun setting. In questa fase è stata, infine, data disposizione per potenziare la vaccinazione antinfluenzale e anti pneumococcica per tutti i cittadini over 60 anni.

La **fase V** ha coinciso con la fase pandemica di decremento verso un esiguo numero giornaliero di nuovi casi e la piena ripresa di collegamenti sul territorio nazionale. La riduzione dei nuovi casi, l'osservazione delle misure di distanziamento sociale e delle procedure di prevenzione e controllo delle infezioni, oltre al sistema di sorveglianza locale e nazionale, hanno consentito di ridimensionare l'offerta ospedaliera COVID, pur sempre con una gestione flessibile che permettesse l'immediato adattamento della rete ad un eventuale rinnovo dell'ondata epidemica. Le aree convertite vengono ridestinate all'attività assistenziale ordinaria, ove possibile, secondo il modello organizzativo di intensità di cura e secondo un piano specifico relativo alla riconversione immediata in caso di nuova ondata epidemica di COVID-19.

In considerazione dell'emergere di criticità relative alla governance clinica delle strutture residenziali e semiresidenziali, anche in relazione all'insorgenza di focolai epidemici presso tali strutture, è stata costituita una Cabina di regia regionale per il monitoraggio delle attività di vigilanza da parte delle ASL nelle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie e socio assistenziali e per la definizione di un **nuovo modello organizzativo nell'ambito dell'assistenza territoriale**.

Completata questa fase si è provveduto alla **riprogrammazione, da parte delle Aziende, delle prestazioni di specialistica ambulatoriale**, prenotate e non erogate nel periodo di *lockdown*, e dunque la loro erogazione, la presa in carico delle nuove richieste di prestazioni della medicina specialistica giunte al *call center* regionale e la ripresa dell'attività libero-professionale. A riguardo la Regione ha definito criteri per la riprogrammazione delle agende aziendali, volti al recupero delle prestazioni specialistiche sospese in funzione di criteri di prioritizzazione basati su classi di rischio e fragilità dei pazienti, sulla rivalutazione clinica della prestazione da erogare e sull'appropriatezza della stessa.

Il quadro epidemiologico dell'infezione da SARS-CoV-2 nella Regione Lazio ha mostrato, a partire dalla seconda metà di agosto 2020, un graduale aumento dei casi fino alla prima metà di settembre e successivamente una rapida ascesa della curva epidemica. La rete ospedaliera di questa nuova fase (fase VI) ha risentito dell'andamento crescente dei nuovi casi registrando un incremento dei ricoveri dei pazienti affetti da COVID-19, in particolare a partire dal mese di settembre, rendendo sempre più necessario il coinvolgimento delle strutture private accreditate. In particolare, l'impatto dei ricoveri per polmoniti da COVID-19 sulla rete ospedaliera ha determinato, in alcune circostanze, picchi di sovraffollamento dei PS/DEA regionali con inevitabile ripercussione sull'emergenza territoriale e blocco di mezzi del 118.

In questa fase è stata necessaria una revisione della Rete Ospedaliera COVID-19 e, con DGR n. 671 del 06/10/2020, è stata formalizzata la sua rimodulazione, in ottemperanza con quanto previsto all'art.2 del D.L. 34/2020 e con il DCA n. 96 del 21/07/2020. L'evoluzione della rete ospedaliera COVID-19 ha previsto interventi progressivi nelle Strutture Hub e Spoke al fine di rispondere in modo modulare alla curva epidemica e garantire l'attività ordinaria nella Rete ospedaliera in toto.

A seguito del regolare monitoraggio dei casi COVID-19 si è rilevato un costante aumento del numero di contagiati determinando una nuova fase epidemica (fase VII), anche in correlazione all'aumento dell'attività di testing. Ciò ha reso necessarie sia misure non farmacologiche volte a rallentare la trasmissione del virus SARS-CoV-2, che misure di preparedness e, quindi, di potenziamento del contenimento già attuato e, in attesa dell'immunità, misure volte alla strutturazione di un sistema di convivenza e adattamento del Servizio Sanitario alla gestione delle patologie in modo combinato con il virus, per pazienti positivi, spesso asintomatici o paucisintomatici.

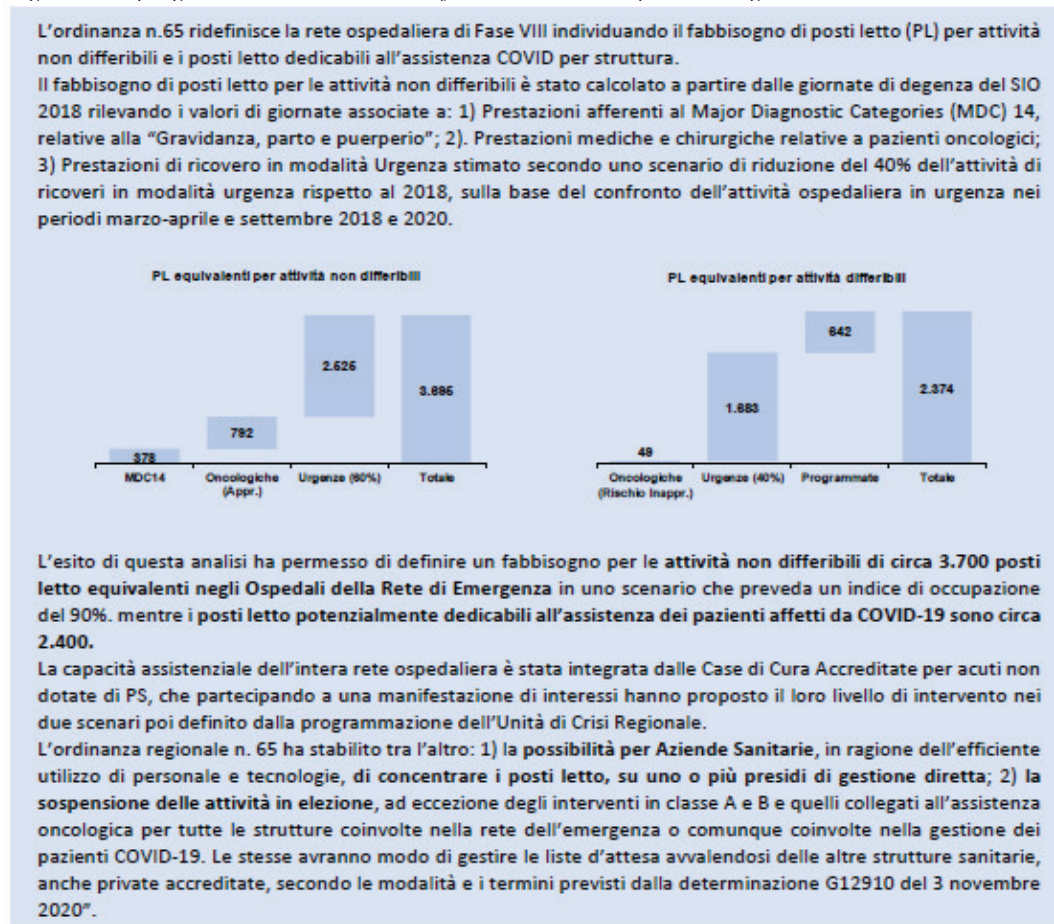
Si è reso necessario un ulteriore potenziamento in termini di offerta ospedaliera e di presa in carico e gestione territoriale dell'attività assistenziale, con incremento della dotazione posti letto COVID dedicati e con la predisposizione di percorsi separati, rafforzando le funzioni di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

Al fine di contenere la diffusione del virus COVID-19, la Regione Lazio, d'intesa con il Ministero della Salute nell'Ordinanza del 21 ottobre 2020, ha ritenuto necessario incrementare la dotazione di posti letto dedicati all'assistenza di pazienti affetti da COVID-19, identificando strutture pubbliche e private ulteriori rispetto a quella già inserite nella rete COVID, anche parzialmente dedicate e provvedere all'ampliamento dei posti di quelle già inserite in rete.

Nella **Fase VIII** (descritta nella figura 2 quale Riepilogo dell'ordinanza n.65 di ridefinizione della rete ospedaliera regionale), è stata adattata la precedente Rete Hub e Spoke, concentrata su pochi centri, ad una **configurazione diffusa nella Rete Ospedaliera per acuti**, per rispondere alle seguenti esigenze:

- Sostenere la resilienza dei pronto soccorso, che hanno gestito e garantito l'assistenza con elevata professionalità nella fase iniziale del picco epidemico;
- Disporre di aree assistenziali attive dotate di personale, competenze dei servizi di medicina di urgenza e ossigeno ad alti volumi;
- Rispondere al bisogno clinico dei pazienti amplificato dalla necessità di trattare patologie primarie in presenza dell'evoluzione del quadro respiratorio e delle complicanze dell'infezione da SARS-CoV-2;
- Mantenere una disponibilità di posti letto sufficienti a gestire le attività assistenziali non differibili.
- Individuare setting assistenziali specifici per casi confermati con specifiche esigenze cliniche di monitoraggio e trattamento (dialisi, patologia psichiatrica, persone con immunosoppressione, ecc).

Figura 2 - Riepilogo dell'ordinanza n.65 di ridefinizione della rete ospedaliera regionale



L'esperienza maturata a partire dall'inizio della pandemia da COVID-19 e soprattutto nel corso della cosiddetta seconda ondata ha permesso di strutturare un modello, cosiddetto di **Fase IX**, che, grazie agli strumenti di monitoraggio disponibili per comprendere i possibili scenari futuri, consente al sistema di prepararsi a regime a diversi livelli di impegno.

Per rispondere alla complessità e alla rapida variabilità dell'evoluzione dell'epidemia si è proceduto con la **definizione di scenari con livello di rischio crescente definiti sulla base di range di valori dei nuovi casi positivi giornalieri a cui sono stati associate configurazioni dei posti letto della Rete Ospedaliera COVID-19**. Sono stati individuati **5 scenari di rischio** sulla base dell'osservazione dei dati storici disponibili che definiscono l'evolvere della Rete Ospedaliera COVID-19 al variare della velocità dell'epidemia, riassunti nella tabella 1.

La dotazione di posti letto associata ai range di nuovi positivi giornalieri è stata definita secondo un approccio prudenziale, considerando un'incidenza dell'8% dei ricoveri sui nuovi positivi. Questo valore si è progressivamente ridotto durante la seconda ondata grazie all'ampliamento della capacità di intervento del territorio. Il progetto di integrazione tra l'attività di ARES 118 e dell'USCAR ha permesso su 700 interventi domiciliari di limitare il ricovero ospedaliero al solo 16,4%. Nello stesso tempo le linee guida per l'assistenza a domicilio dei casi confermati e la creazione di strutture alberghiere assistite hanno consentito una riduzione dei tempi di degenza in *setting* assistenziali a intensità medio-alta.

Tabella 1 -scenari di rischio della Rete Ospedaliera COVID-19

Scenario di Rischio	Media mobile a 7 giorni dei Nuovi Positivi (mmNP)	Posti Letto		Strategia di Rete
		COVID (20% SIT)	TI	
1	mmNP < 400	1.000	150	Hub Covid: Spallanzani, Policlinico Umberto I, Fondazione Policlinico Gemelli-Columbus, Bambin Gesù Ospedali dotati di Malattie Infettive: PTV, S. Andrea, RI, LT, FR, LT Spoke area metropolitana: ICC, Celio, Vannini, Città di Roma
2	400 < mmNP < 800	1.500	250	Coinvolgimento progressivo delle Strutture della Rete Ospedaliera per acuti
3	800 < mmNP < 1.600	2.500	350	
4	1.600 < mmNP < 3.200	4.000	450	
5	mmNP > 3.200	5.500	550	

La Rete Ospedaliera COVID-19 è stata riorganizzata secondo una strategia in grado di **modulare i posti letto dedicati mantenendo la disponibilità e l'equilibrio tra setting assistenziali a diversa intensità di cura**, soprattutto perché in Regione Lazio è stata attuata una scelta conservativa e protettiva garantendo ai cittadini un'elevata capacità di ricovero del sistema ospedaliero.

La Rete è caratterizzata dall'**integrazione tra strutture convertite, parzialmente o in toto, a Ospedale COVID-19, Strutture Ospedaliere** per acuti con volumi di produzione variabili in relazione all'evoluzione epidemica, e **Strutture Accreditate** da dedicare al supporto di attività per acuti e attività ordinaria che garantiscono l'accesso, l'appropriatezza e adeguati volumi di produzione.

La Rete Ospedaliera COVID-19 secondo lo scenario 1 di rischio è caratterizzata da una centralizzazione dei ricoveri nelle Strutture Hub COVID-19 (INMI, Spallanzani, Fondazione Policlinico Gemelli-Columbus, Policlinico Umberto I), nelle Strutture Hub dotate di Malattie Infettive e negli Ospedali Spoke come i DEA I delle ASL Roma 5 e Roma 6 o le Strutture dedicate COVID-19 (Istituto Cardiologico Casalpallocco, Ospedale Militare Celio, Città di Roma). L'inserimento nella Rete COVID-19 di nuove Strutture dedicate a COVID-19 potrà determinare la modifica dell'assetto assistenziale secondo una logica di interventi selettivi per esigenze di area o di ruolo assistenziale nelle Reti.

Gli scenari di rischio superiore prevedono il coinvolgimento nella Rete Ospedaliera COVID-19 delle Strutture della Rete Ospedaliera per acuti con interventi puntuali per area territoriale.

Per la definizione dei diversi scenari sono stati selezionati i seguenti indicatori:

- numero di nuovi casi/die, indicativo della velocità di espansione/riduzione dell'epidemia;
- indice di replicazione diagnostica (RDt), che rappresenta l'accelerazione dell'epidemia;
- indice di occupazione dei posti letto destinati al COVID-19 (IO), rappresentativo del livello di stress delle strutture ospedaliere e distinto in:
 - Indice di occupazione dei posti letto in reparto e Terapia semintensiva (IO Rep/STI), che include il numero di pazienti in attesa di ricovero al PS;

- Indice di occupazione dei posti letto in Terapia Intensiva (IO TI).

Per la modulazione dell'attivazione/disattivazione dell'offerta di posti letto destinati al COVID-19 sono stati considerati i seguenti indicatori:

- l'indice di replicazione dei reparti ospedalieri e dei reparti di semi-intensiva (SIT) (RHCT), rappresentativo dell'accelerazione del fenomeno dei ricoveri in reparto/SIT;
- l'indice di replicazione delle terapie intensive (RTIt), che rappresenta l'accelerazione del fenomeno dei ricoveri in terapia intensiva.

Le capacità di integrazione delle strutture in una rete funzionale, indipendentemente dal proprio status, di monitorare in tempo reale l'evoluzione della pandemia, di essere tempestivi nel reagire all'evoluzione delle esigenze assistenziali, di garantire una modularità e flessibilità di risposta verso le esigenze cliniche subentranti sono state, sono e continueranno ad essere caratteristiche portanti della gestione della pandemia.

Al fine di garantire la continuità assistenziale nell'ambito della chirurgia programmata dei pazienti non-Covid in coerenza alla normativa nazionale, è stato previsto con Determinazione G12910 del 30 ottobre 2020, "Rapporti di collaborazione tra Aziende ed Enti del SSR e strutture sanitarie private accreditate e non per l'ospitalità dei percorsi chirurgici NO COVID-19 facenti capo alle strutture delle stesse Aziende Sanitarie per il periodo di emergenza COVID-19." che le strutture direttamente impegnate nella gestione del COVID-19 potessero ricorrere a strutture private accreditate per l'esecuzione degli interventi chirurgici dei propri assistiti.

In figura un esempio del Check point che settimanalmente viene inviato alle strutture ospedaliere per attivare le azioni relative "Piano di Risposta all'evoluzione dell'epidemia da infezione SARS-CoV-2".

Figura 3 - Esempio del Check point settimanale

Piano di Risposta all'evoluzione dell'epidemia da infezione SARS-CoV-2
Check point settimanale del 22 marzo 2021

I dati settimanali regionali rilevano:

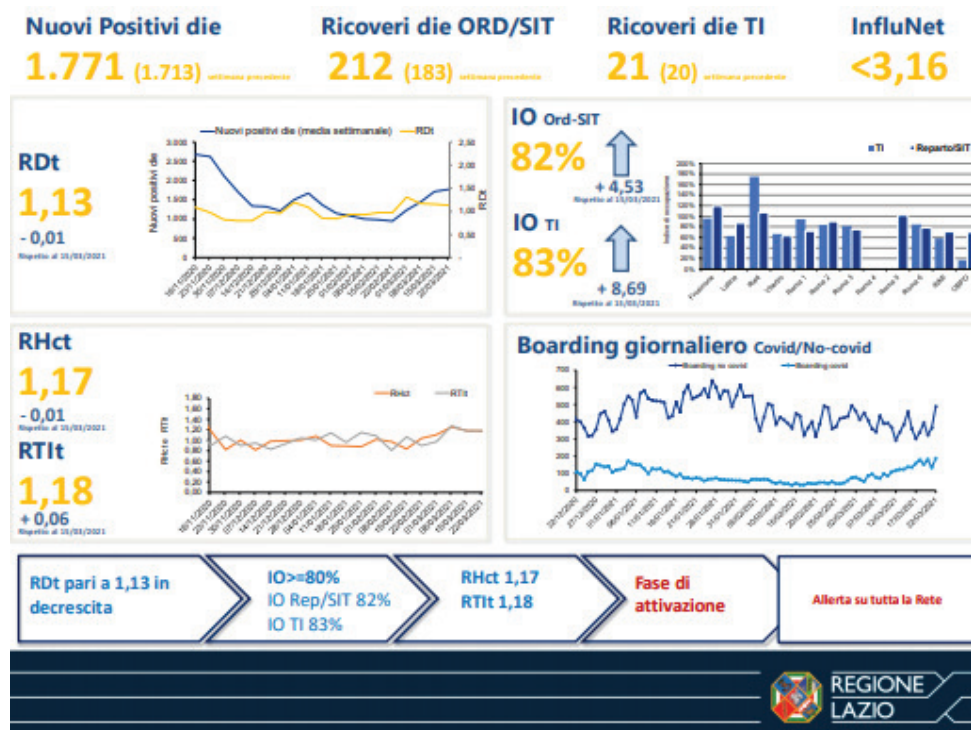
- RDt pari a 1,13 e in decrescita rispetto all'ultima settimana;
- Indice di occupazione (IO) in crescita rispetto all'ultima settimana: Ordinari/SIT 82,6%, TI 83,4%;
- Nuovi positivi/die in aumento pari a 1.771 casi con incidenza a 7 giorni di 210,87/100.000 abitanti;
- Le richieste di trasferimento evidenziano un valore medio di 88/die superiore rispetto al valore critico di 60/die.

I dati settimanali indicano di attuare la **fase di attivazione per lo scenario di rischio 4** come già indicato nella nota n. 228930 del 12 marzo 2021.

Interventi selettivi da condividere con le ASL/AO/AOU in relazione a:

- RDt superiore a 1 e in crescita per la ASL Roma 2, la ASL Roma 4, la ASL Roma 6, la ASL di Latina e la ASL di Viterbo.
- RDt superiore a 1 e in decrescita per la ASL Roma 1, la ASL Roma 3, la ASL Roma 5 e la ASL di Rieti.
- IO Reparto/SIT superiore al 90% per la ASL Roma 2, la ASL Roma 5, per la ASL di Rieti e per la ASL di Frosinone.
- Boarding No-Covid-19 stabile richiede l'attivazione delle misure previste:
 - Fase IX: «definizione di un equilibrio dei posti letto tra aree disciplinari, in particolare medica e chirurgica, sufficienti a garantire le seguenti priorità assistenziali»;
 - DCA 453/2019 "Piano regionale per la Gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso";
 - Facilitare il processo di dimissione nei giorni prefestivi e festivi.


REGIONE LAZIO



Focolai epidemici e zone rosse

A seguito dell'insorgere di focolai epidemici e dell'esigenza di contenere la diffusione all'interno di territori definiti, specificatamente nel periodo marzo-aprile 2020 (anticipando la misura del cd. primo lockdown), diverse ordinanze regionali hanno disposto la definizione di zone rosse nelle diverse fasi appena descritte. Se ne riporta, a seguire, un quadro di sintesi.

Tabella 2 - Zone Rosse Lazio

Zone Rosse Lazio		
Comuni	ordinanza	termine
Fondi (LT), Nerola (RM),	Ordinanza 12 del 19/03/2020 Ordinanza n. 20 del 3/04/2020 Ordinanza 23 del 3/04/2020 Ordinanza n. 25 del 10/04/2020 Ordinanza n. 26 del 13/04/2020 Ordinanza n. 38 del 2/05/2020	5 aprile 2020 Mod. disposizioni no termine 13 aprile 2020 Proroga disposizioni MOF fino a provvedimento Proroga MOF Solo controlli per accesso MOF 25 gg
Nerola	Ordinanza n. 16 del 25/03/2020 Ordinanza n. 23 del 3/04/2020	8 aprile 13 aprile 2020 19gg
Contigliano (RI)	Ordinanza 21 del 30/03/2020 Ordinanza 23 del 3/04/2020	11 aprile 2020 13 aprile 2020 14gg
Celleno (VT)	Ordinanza 25 del 10/04/2020	24 aprile 14gg (recte 13)
Struttura San Raffaele Rocca di Papa (RM)	Ordinanza n. 27 del 14/04/2020 Ordinanza n. 36 del 27/04/2020	28 aprile

		Fino a nuovo provvedimento Nota Responsabile Unità di crisi del 4 maggio 2020 20 gg
Campagnano di Roma (RM)	Ordinanza n. 33 del 18/04/2020	2 maggio 14 gg
Comune di Roccaforte (LT)	Ordinanza n. 2 del 14/02/2021	8 marzo 2021 14 gg
Colleferro e Carpineto Romano (RM)	Ordinanza n. 3 del 20/02/2021	8 marzo 2021 15 gg
Torricella (FR)	Ordinanza n. 4 del 23/02/2021	10 marzo 2021 14 gg
Monte San Giovanni Campano (FR)	Ordinanza n. 5 del 26/02/2021	13 marzo 2021 14 gg
Provincia di Frosinone	Ordinanza n. 7 del 06/03/2021	21 marzo 2021 14 gg
Fara in Sabina (RI)	Ordinanza n. 9 del 01/04/2021	17 aprile 2021 15 gg

La Comunicazione Istituzionale

L'emergenza sanitaria da SARS-Cov-2 ha dato significativa evidenza dell'importanza della comunicazione istituzionale e della particolarità delle dinamiche che hanno caratterizzato, sin da subito, il contesto di lavoro in tale ambito: un incremento rapido e significativo della domanda di informazione da parte dei cittadini, cui ha corrisposto l'offerta altrettanto imponente di canali di veicolazione di una mole abnorme di informazioni, talvolta contrastanti e non corroborate da evidenze solide; la convivenza con l'incertezza delle conoscenze, la necessità di garantire trasparenza e fiducia nella fonte; la necessità di veicolare indicazioni comportamentali ed informare su scelte di intervento con tempi di sviluppo e dinamiche inedite per rapidità.

L'inedita mole di informazioni, quotidianamente diffuse attraverso numerosi canali, ha rappresentato senz'altro un elemento di complessità e fatto emergere la necessità di un continuo raccordo con le fonti scientifiche più autorevoli e un'attenzione costante alla coerenza dei contenuti.

Nel sostenere l'importanza "che le comunità siano pienamente consapevoli, coinvolte e preparate ad adeguarsi alla nuova normalità" di convivenza con il virus, è giusto considerare la pianificazione della comunicazione quale uno degli strumenti di governo della pandemia. Tale considerazione poggia sul presupposto di comunità coinvolte, consapevoli e preparate, di cittadini informati, affinché siano in grado di comprendere obiettivi e basi (scientifiche o contingenti) delle scelte e motivati al cambiamento nei comportamenti.

Numerosi interventi di comunicazione, realizzati dall'Assessorato e dalla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, in collaborazione con l'Area Comunicazione della Presidenza, hanno accompagnato le azioni realizzate nelle prime fasi della pandemia, al fine di informare il cittadino sulle misure di prevenzione, sui servizi attivati e sui corretti stili di vita, attraverso diversi canali e strumenti disponibili: sono state prodotte campagne di comunicazione, pagine web sui portali istituzionali, schede di approfondimento (in collaborazione con la Biblioteca Alessandro liberati) e FAQ, materiali di infografica e card sui social media. Si riporta, nel box a seguire, un elenco dei contenuti prodotti da marzo a settembre 2020.

6 MARZO 2020**#IORESTOACASA**

Le regole da seguire: Coronavirus, ognuno di noi ha la responsabilità di contenere la situazione - Campagna di comunicazione istituzionale sui comportamenti utili per la prevenzione della diffusione del COVID-19

Raccomandazioni (fonte OMS) sui comportamenti utili - Pagina informativa sui portali istituzionali

È urgente serve sangue, il Lazio sta rimanendo senza - Campagna web e social per la raccolta sangue

APP Lazio Doctor per Covid - Pagina informativa e modalità di accesso sui portali istituzionali

Ricetta dematerializzata - Pagina informativa sui portali istituzionali

COVID-19 Formazione online operatori sanitari - Sezione dedicata alla formazione a distanza per a professionisti già operanti nel SSR, personale neo assunto, medici in formazione specialistica, immessi in reparti Covid-19 - sui portali istituzionali

#IORESTOACASA - Sezione web informativa sui portali istituzionali: FAQ e approfondimenti scientifici a cura di BAL - Biblioteca Alessandro Liberati

Sostegno psicologico - Pagina web informativa sui portali istituzionali

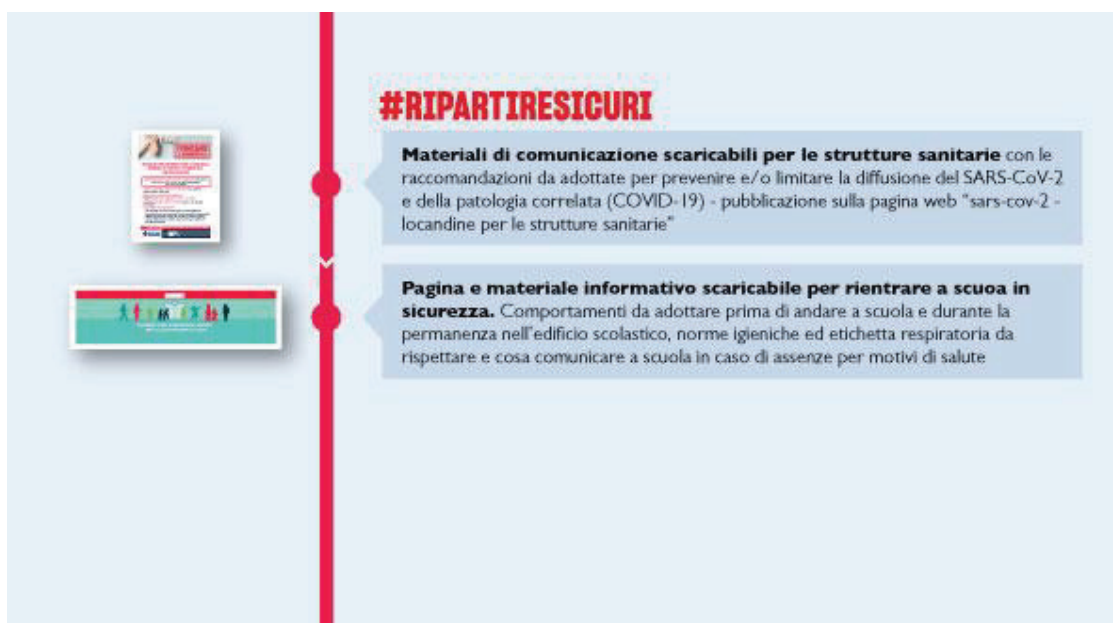
Covid-19 le mappe del Lazio - Pagina web informativa sull'incidenza cumulativa e la prevalenza giornaliera di casi COVID-19 notificati al SERESMI

In salute anche a casa: stili di vita salutari durante l'emergenza COVID-19 (Alimentazione e salute, Attività fisica, Cultura formazione e solidarietà, Benessere psicologico e gestione dello stress) - Pagina web informativa sui portali istituzionali

4 MAGGIO 2020**#RIPARTIRE SICURI**

#RIPARTIRE SICURI - Informazioni, numeri utili e comportamenti raccomandati - Pagina web informativa sui portali istituzionali

Percorso di esecuzione dei test sierologici - Elenco dei laboratori abilitati e ricerca del virus sars-cov-2 - Test sierologici, tutto quello che c'è da sapere - Pagina web informativa sui portali istituzionali



#RIPARTIRE SICURI

Materiali di comunicazione scaricabili per le strutture sanitarie con le raccomandazioni da adottare per prevenire e/o limitare la diffusione del SARS-CoV-2 e della patologia correlata (COVID-19) - pubblicazione sulla pagina web "sars-cov-2 - locandine per le strutture sanitarie"

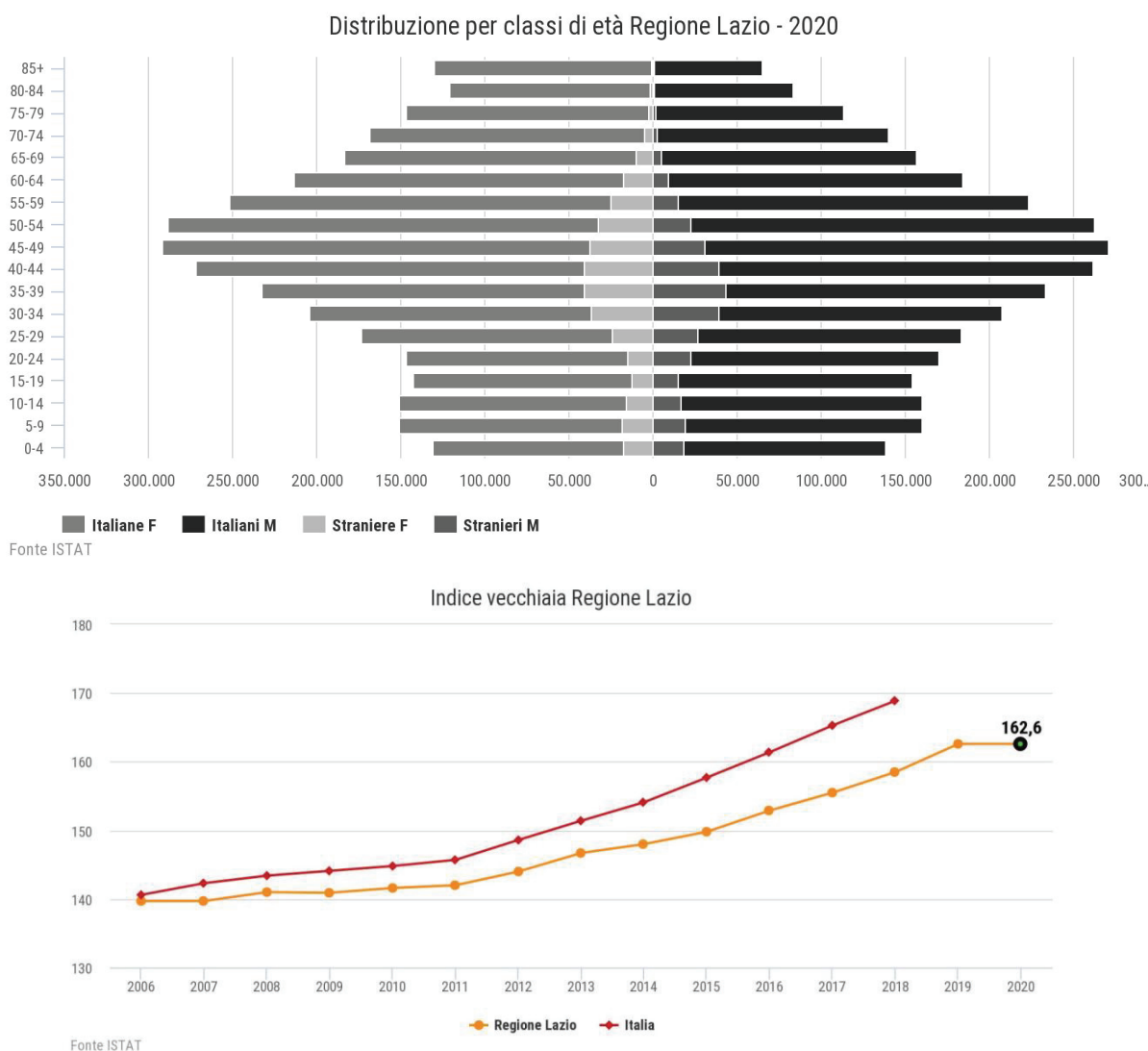
Pagina e materiale informativo scaricabile per rientrare a scuola in sicurezza. Comportamenti da adottare prima di andare a scuola e durante la permanenza nell'edificio scolastico, norme igieniche ed etichetta respiratoria da rispettare e cosa comunicare a scuola in caso di assenze per motivi di salute

A partire da settembre 2020, un'ampia sezione del portale Salute Lazio è stata dedicata a fornire informazioni sull'offerta di test per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, sia nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche che nell'ambito dei laboratori privati accreditati e delle farmacie, facilitando così l'accesso del cittadino al percorso diagnostico. Da gennaio 2021, una parte consistente della comunicazione al cittadino è stata altresì dedicata a fornire informazioni specifiche sulla vaccinazione anti COVID-19 e sulle relative modalità di accesso, sia attraverso il portale web Salute Lazio che tramite i canali social. La diffusa resistenza alla vaccinazione ha fatto emergere la necessità di porre particolare attenzione alla comunicazione della campagna vaccinale e alla trasparenza e chiarezza delle informazioni veicolate.

1.3 Lo scenario pre-emergenza

La popolazione regionale è costituita, per circa il 22%, da anziani con 65 anni e più, mentre è composta di grandi anziani (ottantenni e oltre) per circa il 6,7%; il 13% è costituito da minorenni (0-14 anni), il 65% della popolazione si colloca nella fascia d'età tra 15 e 64 anni (dati Istat, 1 gennaio 2020). L'indice di vecchiaia (numero di persone over-65 anni per 100 persone con età inferiore a 15 anni) presenta, nel 2020, un valore pari a 162,6, in crescita nell'ultimo quinquennio, seppure con trend meno marcato di quello osservato a livello nazionale. La figura 1 mostra la struttura per età regionale e la distribuzione dell'indice di vecchiaia nei comuni, più elevato nei comuni delle province, rispettivamente, reatina e viterbese.

Figura 4. Distribuzioni per età della popolazione regionale ed indici di vecchiaia per comune.



Si riportano a seguire alcuni dati demografici ed epidemiologici relativi alle Aziende Sanitarie Regionali. La tabella 1 mostra la popolazione residente nelle ASL e i corrispondenti indici di vecchiaia, da cui si evince un maggior peso della popolazione anziana nelle ASL di Rieti e Viterbo, mentre Roma5 e Roma6 presentano una popolazione residente più giovane.

Tabella 3. Popolazione residente per ASL e quota di anziani al 1 gennaio 2020

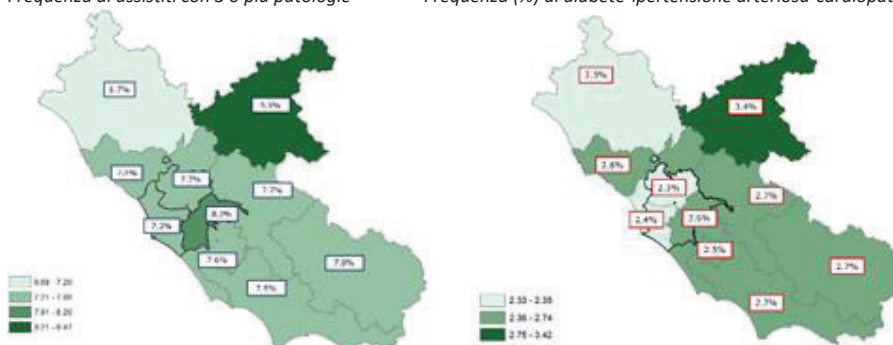
ASL	POP	% over 65
Lazio	5.879.082	21,7
ASL Roma 1	1.028.988	23,2
ASL Roma 2	1.298.165	21,7
ASL Roma 3	609.450	21,5
ASL Roma 4	328.487	20
ASL Roma 5	502.146	19,2
ASL Roma 6	574.976	19,6
ASL Frosinone	489.083	23
ASL Latina	575.254	21,1
ASL Rieti	155.503	25,6
ASL Viterbo	317.030	23,9
Anno: 2020		
Fonte: Open Salute Lazio		

In figura 5, si riportano le prevalenze di assistiti con tre o più patologie croniche, complessivamente pari al 7.7% della popolazione regionale: tale indice di multicronicità sembrerebbe riguardare poco meno del 10% degli assistiti nell'ASL di Rieti, è pari all'8.2% degli assistiti dell'ASL Roma2, mentre è inferiore al 7% nell'ASL di Viterbo; nelle rimanenti aziende è ricompreso tra il 7% e l'8% della popolazione assistita. Il pattern diabete-ipertensione arteriosa-cardiopatia ischemica riguarda il 2.6% degli assistiti a livello regionale: esso è presente in oltre il 3% degli assistiti nell'ASL di Rieti.

Figura 5 Prevalenze (%) di pazienti multicronici per ASL di assistenza

Frequenza di assistiti con 3 o più patologie

Frequenza (%) di diabete-ipertensione arteriosa-cardiopatia ischemica



Le caratteristiche demografiche della Regione Lazio rendono il sistema regionale particolarmente vulnerabile rispetto all'emergenza Covid. Nel sito https://www.dep.lazio.it/covid/covid_map.php, è possibile consultare le mappe con l'incidenza cumulativa dei casi COVID-19 da inizio epidemia all'ultimo aggiornamento disponibile, notificati al Sistema di sorveglianza SERESMI (mappe per Comune e Distretti Sanitari) ed elaborati dal Dipartimento di Epidemiologia del SSR.

Il decreto di riorganizzazione della rete ospedaliera pre-emergenza (DCA 257/2017) riporta una programmazione dei posti letto pari a 17.482 pl acuti e 4.106 pl post-acuti, per un totale di 21.588 pl (comprensivi dei pl dell'OPBG). Rispetto alla popolazione residente in Regione, corretta per la mobilità (5.836.729 abitanti), il rapporto pl/1.000

abitanti risulta rispondente ai requisiti fissati dal DM 70/2015, con un'offerta programmata per acuti e post-acuti rispettivamente di 2,99 e 0,70 per 1.000 residenti.

Va comunque evidenziato che l'effettiva attività registrata a livello regionale è inferiore rispetto alla programmazione con un deficit di circa 2.000 posti letto.

In data 18 giugno 2021 la Regione Lazio ha aggiornato il provvedimento di riorganizzazione della rete ospedaliera con determinazione n. G07512. Al momento della redazione del presente documento l'offerta ospedaliera riporta una programmazione di posti letto pari a 18.086 PL acuti - di cui 282 PL di Terapia Intensiva aggiuntivi rispetto all'assetto NSIS al 1/1/2020 in ragione del DL.34 - e 4.027 PL post-acuti, per un totale di 22.113 PL. Rispetto alla popolazione residente in Regione, il rapporto PL/1.000 abitanti risulta pari a 3.08 per gli acuti e 0.68 per i post acuti.

La rete ospedaliera è stata disegnata nel rispetto del DM 70/2015, con la sua strutturazione in reti tempo-dipendenti. La rete ospedaliera è stata revisionata per rispondere sempre più efficacemente ai bisogni della popolazione, attraverso azioni che favoriscano l'integrazione ospedale-territorio e che favoriscano l'integrazione delle strutture accreditate ed il loro ruolo di supporto alla rete dell'emergenza

1.4 Individuazione degli interventi

In attuazione dell'articolo 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 (comma 1), al fine di rafforzare la risposta del Servizio Sanitario Nazionale in ambito ospedaliero per fronteggiare l'emergenza COVID-19 in corso, la Regione Lazio ha adottato un apposito piano di riorganizzazione (nota prot. 533058 del 17 giugno 2020) finalizzato a garantire l'incremento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure. E' stata pertanto, resa strutturale la risposta emergenziale all'aumento della domanda di assistenza in relazione alle future fasi di gestione della situazione epidemiologica correlata al virus Sars-CoV-2, ai suoi esiti e ad eventuali accrescimenti improvvisi della curva epidemica.

La revisione dei percorsi organizzativi si inserisce in un più ampio panorama di riorganizzazione del servizio sanitario regionale che investe anche i servizi territoriali. Tale revisione, condizionata anche dalle modalità e dai tempi di ripresa della vita sociale orientati al contenimento del contagio, rende necessario ripensare la presenza delle persone negli ambienti sanitari e, a cascata, le aree di accesso, la concentrazione delle attività, il pieno utilizzo delle risorse e la gestione del personale.

Le attività programmate ed avviate, come descritte nel paragrafo 2.2.2 sull'assistenza territoriale si collocano nel quadro di quanto previsto all'art. 1 del DL 34/2020 relativamente all'adozione del piano di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale. In particolare, la Regione Lazio ha previsto:

- **Ampliamento della rete di offerta distrettuale e residenziale COVID-19 (atti)**
- **Monitoraggio e prevenzione presso le strutture territoriali (atti)**
- **Programma di potenziamento Cure primarie e assistenza alla popolazione (atti)**

La situazione epidemiologica ha mostrato alcuni elementi di attenzione che hanno rilevato ai fini della programmazione sanitaria:

- A. il contenimento dei ricoveri dei casi confermati COVID-19, fermo restando i casi in corso di valutazione, e il relativo impatto sull'indice di occupazione dei posti letto dedicati a COVID-19, anche in ragione delle degenze prolungate;
- B. l'insorgenza di nuovi focolai in strutture residenziali e socio-assistenziali con alto numero di persone fragili;
- C. l'elevato numero di persone e nuclei familiari asintomatici o paucisintomatici in isolamento domiciliare;
- D. le risultanze delle indagini di siero-prevalenza in corso di esecuzione/attivazione.
- E. la comparsa di VOC e la conseguente gestione di eventuali focolai

A valle della gestione emergenziale, si sono rese necessarie le seguenti misure:

- A. rendere stabile il coordinamento dei flussi di ricovero, dimissione e trasferimento su base regionale delle singole centrali territoriali aziendali, includendo i flussi relativi alle persone affette da COVID-19 assistite presso strutture territoriali residenziali dedicate;
- B. riorganizzare la rete ospedaliera in funzione di un bisogno clinico prevedibile e modulabile sulla base di eventuali nuove curve epidemiche stabilizzando una quota dei posti letto di ricovero ordinario e di terapia intensiva;
- C. riorganizzare la rete territoriale tenendo conto della necessità di garantire la disponibilità di posti dedicati a COVID-19 in strutture residenziali, favorire il consolidamento delle pratiche volte alla prevenzione della diffusione di focolai nelle stesse, promuovere la riattivazione e la ricettività dei posti non COVID-19 nel rispetto delle misure di prevenzione e di separazione dei percorsi, degli ambienti e del personale come previsto nella circolare ISS "Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo delle infezioni da SARS-Cov-2 in strutture residenziali e socio-sanitarie";
- D. adottare modelli organizzativi flessibili e modulari in grado di adeguarsi con rapidità all'evoluzione epidemiologica della patologia COVID-19;

- E. incentivare l'uso degli strumenti regionali di telemedicina per l'assistenza a distanza e la condivisione di informazioni cliniche e di immagini, nonché sviluppare ulteriori forme di intervento in remoto per raggiungere pazienti presso il loro domicilio, prevedendo le conseguenti azioni clinico-assistenziali;
- F. rafforzare la sorveglianza attiva sulla popolazione e su eventuali cluster epidemici, specie in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali;
- G. implementare il coordinamento regionale per la gestione e approvvigionamento dei DPI e per l'attivazione di procedure fondamentali per la protezione delle persone;
- H. garantire l'attività assistenziale in modo sicuro sia nelle strutture sanitarie ospedaliere che in quelle territoriali per il percorso COVID-19 e per i percorsi ordinari con appropriatezza e modularità;
- I. ridurre la pressione sul personale, già sottoposto a condizioni di stress, e garantire un adeguato turnover delle risorse umane.

Le linee di lavoro per la ripresa dell'attività ordinaria del Sistema Sanitario Regionale si sono orientate pertanto verso:

- ♦ Raccomandazioni per la prevenzione o limitazione della diffusione del Sars-CoV-2;
- ♦ Potenziamento delle attività di sanità pubblica e territoriale (*Assistenza Ambulatoriale Sociosanitaria; Assistenza semiresidenziale; Assistenza residenziale; Cure Palliative residenziali; Elenco esemplificativo delle attività che possono essere realizzate da remoto anche con strumenti di ICT*)
- ♦ Indirizzi sull'organizzazione ospedaliera (*area di pre-triage e di valutazione; gestione del pronto soccorso, attività di ricovero, Rete delle Terapie intensive, supporto ICT: telemedicina e piattaforme per il trasferimento tra setting da PS verso la Rete delle Strutture Accreditate e da ricovero ospedaliero verso la Rete delle Strutture Accreditate per i codici 28, 56, 60, 75*)
- ♦ Monitoraggio dei flussi assistenziali;
- ♦ Consolidamento e revisione della Rete COVID-19;
- ♦ Raccomandazioni relative alla Rete di Emergenza e Reti Tempo-dipendenti.

1.5 Azioni di sistema

L'epidemia da SARS-CoV-2 ha determinato la necessità di accelerare progetti e processi di riorganizzazione del sistema sanitario in grado di rispondere alle nuove esigenze emerse durante la prima fase di marzo. L'Unità di Crisi Regionale ha colto questa opportunità, rendendo operativi nel corso di questi mesi di emergenza sanitaria nuovi strumenti e percorsi organizzativi e assistenziali. Le azioni approvate perseguono l'idea dell'**integrazione funzionale dei servizi secondo una logica trasversale e di Rete, facilitata e supportata da un modello di coordinamento operativo sovra-aziendale dell'intera filiera sanitaria pubblica e privata accreditata.**

La sfida attuale è quella di rendere, nel corso dell'emergenza, **queste azioni un patrimonio strutturale del sistema sanitario regionale.** L'innovazione del processo di riorganizzazione del sistema sanitario può essere sintetizzata nelle seguenti **aree di intervento:**



Supporto al cittadino/paziente con l'obiettivo di mantenere il contatto con il sistema sanitario e facilitarne la comunicazione attraverso:

- l'evoluzione del numero verde 800.118.800 da centrale di ascolto a centrale proattiva;
- l'inclusione di tale centrale proattiva nel Sistema 116117 di continuità assistenziale.
- l'ampliamento delle attività in tre diverse aree: casi confermati COVID-19 a domicilio, popolazione a rischio, popolazione soggetta a screening oncologico;
- la diffusione dell'utilizzo dell'applicazione Salute Lazio dotata di funzioni di informazione e prenotazione diretta www.salutelazio.it.
- Ascolto Attivo: destinato alla popolazione generale e alla popolazione più fragile, attraverso l'istituzione di un numero telefonico di contatto, attivo sette giorni e, laddove possibile, sulle 24 ore, che permetta ai cittadini e agli assistiti di trovare uno spazio di ascolto e sostegno "Potenziamento servizi di ascolto e supporto psicologico").



Supporto alle attività di gestione territoriale del cittadino/paziente attraverso le azioni propedeutiche a:

- l'implementazione delle attività dei coordinamenti distrettuali COVID-19, che gestiscono la sorveglianza domiciliare mediante la piattaforma LazioAdvice di casi confermati COVID-19 in collegamento con i MMG/PLS, le USCAR, le API e la Centrale di Monitoraggio Clinico ARES118;
- il potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione con il compito di attivazione dei piani di screening e vaccinazione, e di sviluppare le indicazioni ed un percorso di sorveglianza nelle strutture socio-sanitarie;
- l'investimento economico finalizzato all'acquisizione di tecnologie per il potenziamento e l'implementazione dell'integrazione ospedale-territorio con l'obiettivo prioritario di aumentare la capacità diagnostica in area territoriale per la continuità assistenziale dei pazienti fragili e la riduzione degli accessi impropri in Pronto Soccorso;
- Potenziamento della Rete CORONet e delle attività di testing finalizzato ad incrementare e facilitare l'accesso a diagnosi e screening, limitare la diffusione dell'infezione SARS-CoV-2 e ridurre la necessità di ricovero ospedaliero;
- Ricerca attiva dei casi: nei setting sanitari e socio assistenziali viene effettuato screening periodico e esteso a tutto il personale e ai pazienti/ospiti per prevenire la trasmissione nosocomiale. Inoltre tutti i pazienti/ospiti vengono sottoposti a test prima o al momento dell'ingresso e se un caso viene rilevato in un setting assistenziale dove ci sono pazienti ad alto rischio di COVID-19 grave, tutto il personale e i pazienti vengono sottoposti a test, indipendentemente dai sintomi.



Supporto alle attività di gestione ospedaliera e ambulatoriale del cittadino/paziente
attraverso:

- il potenziamento della continuità nei percorsi di trattamento e follow up delle patologie indifferibili e dei ricoveri COVID-19 attraverso la riorganizzazione dell'attività ospedaliera per intensità di cura, come descritto nel presente documento;
- l'implementazione della gestione clinica integrata con team multiprofessionali e multidisciplinari;
- l'attuazione delle azioni contenute nella determina G11271 del 01/10/2020 "Linee di indirizzo per il percorso del paziente chirurgico per setting assistenziali e complessità di cura"
- l'istituzione della Rete delle Terapie Intensive;
- il completamento della revisione del Piano di Rete Ospedaliera e delle Reti di Patologia;
- l'utilizzo dei servizi di televisita e telecolloquio per il follow up.



Istituzione di un'articolazione organizzativa a livello aziendale di Telemedicina
secondo quanto previsto dalle "Linee indirizzo telemedicina specialistica e territoriale COVID-19" ed ampliamento degli strumenti di supporto alle attività assistenziali attraverso:

- l'estensione del teleconsulto alle reti non tempo-dipendenti;
- l'inclusione del servizio di telesorveglianza/LazioADVICE e della app Lazio Doctor (per COVID) nelle attività di telesalute delle Cure Primarie e per PDTA specifici di rete clinica;
- l'accreditamento del personale ospedaliero nel sistema LazioADVICE per garantire la continuità della presa in carico clinico assistenziale dei pazienti;
- l'attivazione dei servizi di televisita/telecolloquio per i pazienti cronici.

**Istituzione delle Centrali Operative Territoriali e la Centrale di Coordinamento Regionale** ovvero:

- l'istituzione della Centrale Operativa Aziendale e della Centrale Operativa Regionale Acuzie e Post-Acuzie per la gestione dei cambi di setting assistenziali con l'attivazione dei percorsi previsti nella determina n. G10994/2020 di approvazione del documento inerente all'Integrazione Ospedale - Territorio denominato "Centrale Operativa Aziendale e Centrale Operativa Regionale Acuzie e Post-Acuzie", in attuazione del DCA U00453/2019 e DCA U00081/2020;
- l'istituzione dei Coordinamenti operativi sovra-aziendali al fine di facilitare e monitorare l'attuazione e la gestione delle indicazioni previste nei piani regionali di Rete;
- l'implementazione della gestione dell'emergenza COVID-19 con alberghi e strutture socio-sanitarie per l'isolamento o la quarantena, e strutture alberghiere assistite dotate di device per la terapia con ossigeno e il monitoraggio on line con l'obiettivo di ridurre i tempi di degenza o ampliare la gestione domiciliare.

**Creazione di un Portale dedicato alla formazione**, secondo il Piano Formativo Regionale, che supporti le seguenti attività

- Corsi webinar dedicati all'implementazione dei piani delle reti cliniche;
- Incontri di audit e feedback sui risultati clinici.

1.6 Costruzione del modello programmatico e CE IV trimestre 2020 COVID-19

In considerazione dell'emergenza COVID-19 e alla luce di quanto stabilito dall'art.18, comma 1, del D.L. n. 18 del 17 marzo 2020, la Regione Lazio, ha chiesto alle Aziende sanitarie di tenere una contabilità separata ed ha istituito un centro di costo contrassegnato dal codice univoco "COV20", garantendo pertanto una tenuta distinta degli accadimenti contabili legati alla gestione dell'emergenza, che in ogni caso confluiscono nei modelli economici di cui al decreto ministeriale del 24 maggio 2019 (modelli economici NSIS).

Inoltre, al fine di monitorare periodicamente i costi riconducibili all'emergenza, la Regione, a partire da marzo 2020, ha attivato una rendicontazione settimanale, attraverso l'istituzione di un flusso informativo da parte delle Aziende sanitarie.

Al fine di agevolare le operazioni di analisi e controllo dei costi sostenuti legati alla emergenza COVID-19, la Regione Lazio ha richiesto, a partire dal primo trimestre 2020, per le Aziende sanitarie ed Ospedaliere la trasmissione, in aggiunta al Modello CE Trimestrale, del modello CE con i soli costi sostenuti per l'emergenza COVID-19 e una relazione illustrativa dell'attività di rendicontazione dei costi sostenuti, unitamente alla documentazione (atti, delibere, provvedimenti) attestante l'avvenuto sostenimento degli stessi. Contestualmente ha attivato anche la rendicontazione dei costi sostenuti per la trasmissione degli stessi al Commissario straordinario per l'emergenza COVID.

In relazione alle necessità legate all'emergenza COVID-19, la Regione e le Aziende sanitarie hanno posto in essere le linee di intervento in coerenza con le risorse finanziarie messe a disposizione dai seguenti Decreti Legge:

- DL n. 14 del 09.03.2020, successivamente abrogato dalla Legge n. 27 del 24 aprile 2020;
- DL n. 18 del 17.03.2020, convertito con modificazioni dalla Legge n. 27 del 24 aprile 2020;
- DL n. 34 del 19.05.2020.
- DL n. 104 del 14 agosto 2020, articolo 29, comma 9.

La composizione dei costi rappresentata dalle Aziende sanitarie, ha tenuto conto sia degli interventi previsti dai DL, sia delle esigenze specifiche di ciascuna Azienda, legate alle caratteristiche organizzative delle stesse e dell'impatto dell'emergenza COVID-19 sugli Ospedali e sul territorio (ricoveri, tamponi, assistenza territoriale, ecc).

Di seguito si riporta la sintesi delle principali voci di Ricavo e Costo legate all'emergenza COVID-19 rendicontati dalle Aziende sanitarie nel CE IV Trimestre 2020 e nell'allegato B ministeriale, come da indicazioni operative pervenute in data 12 gennaio 2021.

RICAVI

Contributi F.S.R. Indistinto. Finanziamento indistinto finalizzato da Regione.

Per fronteggiare l'emergenza COVID, i fondi stanziati per la Regione Lazio, nell'anno 2020, sono stati in totale pari a 343,4,5 €/mln.

Il dettaglio del finanziamento della voce dei Contributi FSR è così composto:

- 63,9 €/mln, previsti dall'Art. 18 del DL n. 18/2020;
- 72,6 €/mln, previsti dall'Art. 18 del DL n. 18/2020;
- 160,6 €/mln, previsti dal DL n. 34/2020: 118,9 €/mln relativi all'art. 1 c. 11 del DL n. 34/2020 e 41,7 €/mln relativi all'art. 2 c. 10 del DL n. 34/2020;
- 46,3 €/mln previsti dall'art. 29 c. 8 del DL 104/2020.

Il CE IV trimestre 2020 non comprende l'ulteriore quota di finanziamento in conto capitale del D.L. 34/2020, relativa alle risorse del Commissario Straordinario per la realizzazione degli interventi sulla rete ospedaliera e territoriale e pari a ca. 118,6 €/mln.

I finanziamenti sono stati assegnati e rilevati dalle Aziende sanitarie per 320,1 €/mln, e dalla GSA per 23,3 €/mln. La quota rilevata dalla GSA sarà assegnata alle Aziende sanitarie in sede di predisposizione del Bilancio

d'esercizio Consuntivo 2020, in relazione alla definitiva valorizzazione degli oneri connessi alle prestazioni da privato rese ai fini del contrasto della Pandemia COVID-19.

La Regione Lazio, con DGR 911/2020, ha assegnato alle Aziende sanitarie le risorse del DL. 104/2020 e con Determinazione dirigenziale n. G15609 del 17/12/2020 ha assegnato alle Aziende e alla GSA le ulteriori risorse del DL n.18 e DL n.34/2020.

Contributi c/esercizio (extra fondo). Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati

A CE IV Trimestre 2020 si rileva un importo pari a 38,9 €/mln corrispondenti alle seguenti tipologie di risorse legate ad interventi adottati per l'emergenza sanitaria COVID-19:

- Risorse regionali impegnate a favore della GSA, riconducibili alla restituzione dei pagamenti per l'acquisto dei DPI, mai ricevuti, per le quali sono state avviate le contestazioni contrattuali e le richieste di restituzione ai Fornitori privati percettori di un acconto, pari a circa 33,9 €/mln;
- Risorse regionali legate al finanziamento degli incentivi (premialità) previsti dal DL 18/2020 pari a 5 €/mln già impegnati nell'anno 2020.

Contributi c/esercizio (extra fondo). Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) altro

A CE IV Trimestre 2020 si rileva un importo pari a 147,3 €/mln corrispondenti alle seguenti tipologie di risorse legate ad interventi adottati per emergenza sanitaria COVID-19:

- Risorse finanziarie richieste al Commissario Straordinario e ammesse al rimborso pari a 38,3 €/mln;
- Risorse finanziarie Fondi europei POR FESR Lazio 2014-2020, pari a circa 109,0 €/mln.

Con riferimento alle risorse finanziarie del Commissario Straordinario, a fronte della rendicontazione dei costi (assistenza medica, DPI, apparecchiature medicali e altro) pari a 147,3 €/mln sino alla data del 10 maggio 2020, trasmessa alla Struttura Commissariale (nota 889175 del 16/10/2020), sono state ammesse al rimborso una quota parte pari a 38,3 €/mln.

In merito alle risorse finanziarie dei Fondi europei pari a 109 €/mln, la Regione ha rimodulato i Fondi europei "POR FESR Lazio 2014-2020 - ASSE 1, Ricerca e Innovazione", impegnando le risorse all'utilizzo in ambito sanitario per rispondere alla crisi epidemiologica da COVID-19.

Contributi c/esercizio da privati

Le Aziende sanitarie e la GSA hanno rilevato nella voce un valore pari a circa 12,4 €/mln riconducibile alle donazioni ricevute dai privati e utilizzati per gli acquisti connessi all'emergenza COVID-19.

Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale

Le Aziende sanitarie e la GSA hanno rilevato nella voce CE AA0250 un valore pari circa 6,3 €/mln, per investimenti e acquisto attrezzature sanitarie e scientifiche per fronteggiare l'emergenza. Nello specifico la rettifica è riconducibile alla fattispecie "Rettifica contributi per investimenti richiesti al Commissario Straordinario e ammesse al rimborso" pari a 6,3 €/mln.

Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi (Voce CE AA0260)

Le Aziende sanitarie e la GSA hanno rilevato nella voce CE AA0260 un valore pari circa 11,1 €/mln, per investimenti e acquisto attrezzature sanitarie e scientifiche per fronteggiare l'emergenza. Nello specifico la rettifica è riconducibile alle seguenti fattispecie:

- Rettifica contributi per investimenti richiesti al Commissario Straordinario e ammesse al rimborso pari a 3,6 €/mln;
- Rettifica contributi per investimenti effettuati con le risorse riconducibili alle donazioni, pari a 7 €/mln ;

- Rettifica contributi per investimenti non associati a finanziamenti specifici e sostenuti per l'emergenza COVID pari a 0,5 €/mln.

COSTI

A CE IV Trimestre 2020 le Aziende sanitarie hanno comunicato di aver sostenuto costi operativi legati all'emergenza COVID-19 pari a 446,0 €/mln, e di aver effettuato accantonamenti per quote inutilizzate di contributi finalizzati e vincolati per un importo pari a 128,5 €/mln.

Personale

Il costo complessivo relativo al Personale (sanitario e non) rilevato dalle Aziende sanitarie a CE IV Trimestre 2020 afferente all'emergenza COVID-19 è pari a 146,8 €/mln che comprendono nello specifico il valore riconducibile principalmente alle seguenti fattispecie:

- 51,1 €/mln costo del personale relativo agli interventi riconducibili agli articoli 1, c.1, lettera a) e 6, 2, 5 e 8 DL 14/2020 (ora art. 2-bis, c. 1, lettera a) e 5, 2-ter, 2-sexies e 4-bis DL 18/2020);
- 22,1 €/mln costo del personale relativo agli interventi riconducibili all'articoli 1, c. 1 e 3, art. 3, c. 1,2 e 3 del DL n. 18/2020;
- 21,1 €/mln costo del personale relativo agli interventi riconducibili agli articoli 1, commi 2 e 3; art. 1, c. 4; art. 1 c. 8; art. 1 c. 5; art. 1, c. 6; art. 1 c. 7; art. 1, c. 9 DL n. 34/2020;
- 32,9 €/mln costo del personale relativo agli interventi riconducibili agli articoli 2, 6, lettera a); art. 2, c. 7 e c. 5 secondo periodo, DL n. 34/2020;
- 13,2 €/mln costo del personale relativo agli interventi riconducibili agli articoli 29, c. 2 e 3; art. 29, c. 3 lettera c) DL n. 104/2020;
- 5 €/mln costo del personale relativo al riconoscimento al personale per l'eccezionale lavoro svolto e finanziato con risorse regionali.

Prodotti farmaceutici ed emoderivati

Il costo complessivo relativo ai Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati rilevato dalle Aziende Sanitarie a CE IV Trimestre 2020 afferente all'emergenza COVID-19 è pari a 9,4 €/mln. Nello specifico il valore è riconducibile alle seguenti fattispecie:

- costo Farmaci pari a 9,2 €/mln di costi sostenuti, di cui chiesto rimborso al Commissario straordinario emergenza Covid-19;
- costo Farmaci pari a 0,2 €/mln di costi associati a donazioni e liberalità.

Altri Beni Sanitari

La voce "Altri Beni Sanitari" comprende il costo riconducibile all'emergenza COVID-19 rendicontato dalle Aziende Sanitarie e dalla GSA pari a 184,6 €/mln di cui 134,5 €/mln per Altri Beni Sanitari; 50,1 €/mln per Dispositivi medici.

Nello specifico il valore è riconducibile alle seguenti fattispecie:

- costo Altri Beni Sanitari pari a 1,4 €/mln di costi sostenuti di cui chiesto rimborso al Dipartimento protezione civile;
- costo Altri Beni Sanitari pari a 110,8 €/mln riconducibili agli acquisti rendicontati al Commissariato Straordinario €/mln;
- costo Altri Beni sanitari pari a 3,8 €/mln di costi associati a donazioni e liberalità;
- costo Altri Beni sanitari pari a 19,5 €/mln di costi associati ad altro.

Beni Non Sanitari

La voce Beni non sanitari comprende la rilevazione del costo riconducibile all'emergenza COVID-19 rendicontato dalle Aziende Sanitarie pari a 0,4 €/mln.

Acquisti di Servizi non Sanitari

La voce Servizi non sanitari comprende la rilevazione del costo riconducibile all'emergenza COVID-19 rendicontato dalle Aziende sanitarie è pari a 18,9 €/mln di cui principalmente:

- 3,4 €/mln per Pulizia nella fattispecie:

- 0,7 €/mln costi dei servizi (art. 1, commi 2 e 3; art. 1, c. 4; art. 1 c. 8; art. 1 c. 5; art. 1, c. 6; art. 1 c. 7; art. 1, c. 9 DL n. 34/2020);
- 0,01 €/mln costi dei servizi (costi sostenuti di cui chiesto rimborso al Dipartimento protezione civile);
- 2,7 €/mln costi dei servizi (costi sostenuti di cui chiesto rimborso al Commissario straordinario emergenza Covid-19);
- 1,2 €/mln per Lavanderia nella fattispecie:
 - 0,1 €/mln costi dei servizi (art. 1, commi 2 e 3; art. 1, c. 4; art. 1 c. 8; art. 1 c. 5; art. 1, c. 6; art. 1 c. 7; art. 1, c. 9 DL n. 34/2020);
 - 1,1 €/mln costi dei servizi (costi sostenuti di cui chiesto rimborso al Commissario straordinario emergenza Covid-19);
- 3,2 €/mln per Servizi di trasporti (non sanitari) nella fattispecie:
 - 1,0 €/mln costi dei servizi (art. 1, commi 2 e 3; art. 1, c. 4; art. 1 c. 8; art. 1 c. 5; art. 1, c. 6; art. 1 c. 7; art. 1, c. 9 DL n. 34/2020);
 - 1,6 €/mln costi dei servizi (costi sostenuti di cui chiesto rimborso al Commissario straordinario emergenza Covid-19);
 - 0,6 €/mln costi dei servizi (costi associati a altro).
- 8,8 €/mln per Altri servizi non sanitari nella fattispecie:
 - 3 €/mln costi dei servizi (art. 1, commi 2 e 3; art. 1, c. 4; art. 1 c. 8; art. 1 c. 5; art. 1, c. 6; art. 1 c. 7; art. 1, c. 9 DL n. 34/2020);
 - 2,7 €/mln costi dei servizi (costi sostenuti di cui chiesto rimborso al Commissario straordinario emergenza Covid-19);
 - 0,1 €/mln costi dei servizi (costi associati a donazioni e liberalità);
 - 2,9 €/mln costi dei servizi (costi associati a altro).

Altri costi – Consulenze, Collaborazioni, Interinale e Altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie

La voce comprende la rilevazione del costo riconducibile all'emergenza COVID-19 rendicontato dalle Aziende sanitarie è pari a 12,6 €/mln. Nello specifico il valore è riconducibile alle seguenti fattispecie:

- 0,03 €/mln costo delle consulenze ((art. 1, c.1, lettera a) e 6, 2, 5 e 8 DL 14/2020 (ora art. 2-bis, c. 1, lettera a) e 5, 2-ter, 2-sexies e 4-bis DL 18/2020));
- 4,7 €/mln costo delle consulenze (art 1, c. 1 e 3, art. 3, c. 1,2 e 3 del DL n. 18/2020);
- 1,6 €/mln costo delle consulenze (art. 1, commi 2 e 3; art. 1, c. 4; art. 1 c. 8; art. 1 c. 5; art. 1, c. 6; art. 1 c. 7; art. 1, c. 9 DL n. 34/2020);
- 2,1 €/mln costo delle consulenze (art. 2, .6, lettera a); art. 2, c. 7 e c. 5 secondo periodo, DL n. 34/2020);
- 4,2 €/mln costo delle consulenze (art. 29, c. 2 e 3; art. 29, c. 3 lettera c) DL n. 104/2020).

Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi finalizzati e vincolati

A CE IV Trimestre 2020, si rilevano accantonamenti per Quote inutilizzate riconducibili all'emergenza COVID-19 pari a circa 128,6 €/mln. L'accantonamento è stato determinato considerato al 31/12/2020 la quota residua non direttamente riconducibile alle risorse dei DL 14,18,34,104, accantonata per 128,6 €/mln sulla base dei dati rendicontati e comunicati dalle Aziende sanitarie e riportati nell'allegato B.

Nello specifico il valore è riconducibile alle seguenti fattispecie:

- Accantonamento pari a 8,1 €/mln ((art. 1, c.1, lettera a) e 6, 2, 5 e 8 DL 14/2020 (ora art. 2-bis, c. 1, lettera a) e 5, 2-ter, 2-sexies e 4-bis DL 18/2020));
- Accantonamento pari a 11,1 €/mln (art 1, c. 1 e 3, art. 3, c. 1,2 e 3 del DL n. 18/2020);
- Accantonamento pari a 76,5 €/mln (art. 1, commi 2 e 3; art. 1, c. 4; art. 1 c. 8; art. 1 c. 5; art. 1, c. 6; art. 1 c. 7; art. 1, c. 9 DL n. 34/2020);
- Accantonamento pari a 5 €/mln (art. 2, . 6, lettera a); art. 2, c. 7 e c. 5 secondo periodo, DL n. 34/2020);
- Accantonamento pari a 27,8 €/mln (art. 29, c. 2 e 3; art. 29, c. 3 lettera c) DL n. 104/2020).

Medicina di Base – Acquisti servizi sanitari per medicina di base

La voce medicina di base comprende la rilevazione dei costi riconducibili all'emergenza COVID-19 rendicontati dalle Aziende sanitarie e pari a 1,8 €/mln.

Prestazioni da privato – acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale

La voce comprende la rilevazione dei costi riconducibili all'emergenza COVID-19 rendicontati dalle Aziende Sanitarie e dalla GSA e pari a ca 12 €/mln.

Nello specifico il valore è riconducibile alle seguenti fattispecie:

- Costo pari a 0,9 €/mln (art. 1, c.1, lettera a) e 6, 2, 5 e 8 DL 14/2020 (ora art. 2-bis, c. 1, lettera a) e 5, 2-ter, 2-sexies e 4-bis DL 18/2020));
- Costo pari a 0,07 €/mln (art. 1, c. 1 e 3, art. 3, c. 1,2 e 3 del DL n. 18/2020);
- Costo pari a 0,3 €/mln (art. 1, commi 2 e 3; art. 1, c. 4; art. 1 c. 8; art. 1 c. 5; art. 1, c. 6; art. 1 c. 7; art. 1, c. 9 DL n. 34/2020);
- Costo pari a 0,6 €/mln (art. 2, . 6, lettera a); art. 2, c. 7 e c. 5 secondo periodo, DL n. 34/2020);
- Costo pari a 0,05 €/mln (art. 29, c. 2 e 3; art. 29, c. 3 lettera c) DL n. 104/2020);
- Costo pari a 0,1 €/mln di costi sostenuti di cui chiesto rimborso al Commissario straordinario emergenza Covid-19;
- Costo associati ad altro pari a 9,5 €/mln.

Con riferimento all'accontamento rilevato nei costi associati ad altro, pari a 9,5 €/mln lo stesso è stato rilevato dalla GSA ed è riconducibile principalmente al costo dei tamponi effettuati dalle strutture specialistiche e da rimborsare alle stesse. In sede di Bilancio d'esercizio, al termine delle verifiche ancora in corso, il costo sarà rilevato puntualmente dalle ASL di appartenenza delle Strutture.

Prestazioni da privato – acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera

La voce comprende la rilevazione dei costi riconducibili all'emergenza COVID-19 rendicontati dalle Aziende sanitarie e dalla GSA e pari a 35,5 €/mln.

Nello specifico il valore è riconducibile alle seguenti fattispecie:

- Costo pari a 33,7 €/mln (art 1, c. 1 e 3, art. 3, c. 1,2 e 3 del DL n. 18/2020), riconducibile al riconoscimento delle maggiori tariffe COVID, per le prestazioni di ricovero ospedaliero operato dalle strutture private autorizzate e/o accreditate;
- Costo pari a 1,8 €/mln (art. 1, commi 2 e 3; art. 1, c. 4; art. 1 c. 8; art. 1 c. 5; art. 1, c. 6; art. 1 c. 7; art. 1, c. 9 DL n. 34/2020).

Sono ancora in corso le valutazioni da parte della Regione e delle Aziende in merito alla definitiva determinazione dei costi da riconoscere alle Strutture private per le attività riconducibili alle prestazioni COVID-19 in attuazione di quanto previsto dalla DGR 304/2020 e DGR 614/2020.

Oneri Fiscali – IRAP

La voce comprende la rilevazione dei costi riconducibili all'emergenza COVID-19 rendicontati dalle aziende sanitarie e pari a 6,1 €/mln dovuti principalmente all'IRAP relativa al personale dipendente.

Tabella 4 – CE IV Trimestre con evidenza Ricavi e Costi Covid

ID	CONTO ECONOMICO	CE IV Trimestre 2020	CE IV Trimestre 2020 di cui Covid
	€	A	A
A1	Contributi F.S.R.	11.404.054.954	343.436.811
A2	Saldo Mobilità	-238.872.907	0
A3	Entrate Proprie	573.881.346	199.012.647
A4	Saldo Intramoenia	13.202.819	-9.510
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-97.404.726	-17.417.364
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	-170.480.172	-128.612.562
A	Totale Ricavi Netti	11.484.381.313	396.410.022
B1	Personale	2.860.168.291	150.061.775
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	1.219.074.033	9.400.391
B3	Altri Beni E Servizi	2.106.338.183	225.976.173
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	13.258.245	159.022
B5	Accantonamenti	244.615.892	0
B6	Variazione Rimanenze	-19.133.895	0
B	Totale Costi Interni	6.424.320.749	385.597.361
C1	Medicina Di Base	620.509.000	1.777.182
C2	Farmaceutica Convenzionata	816.933.227	0
C3	Prestazioni Da Privato	3.393.880.841	53.000.407
C	Totale Costi Esterni	4.831.323.068	54.777.589
D	Totale Costi Operativi (B+C)	11.255.643.817	440.374.950
E	Margine Operativo (A-D)	228.737.496	-43.964.928
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni E Svalutazioni Finanziarie	7.268.130	0
F2	Saldo Gestione Finanziaria	42.774.677	0
F3	Oneri Fiscali	215.817.231	6.055.975
F4	Saldo Gestione Straordinaria	12.317.164	-581.196
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	278.177.203	5.474.779
G	Risultato Economico (E-F)	-49.439.707	-49.439.707
AA0080	A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	91.091.000	0
H	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	91.091.000	0
I	Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA (G+H)	41.651.293	-49.439.707

2. Aree di riferimento del Programma Operativo

2.1. Area del “Governo del Sistema”

2.1.1. Area “Utilizzo dei fattori produttivi”

2.1.1.1 Personale

2.1.1.1.a Personale –Arruolamento

L'attività effettuata dalla Regione nell'ambito delle risorse umane riportato nei paragrafi successivi e nelle singole tabelle delinea l'alveo normativo che ha interessato l'attività regionale, dato dagli artt. 2 bis e 2 ter del DL n. 18/2020, dalle Ordinanze del Presidente della Regione Lazio, in base a tale quadro ordinamentale generale si evidenzia il ruolo della Cabina di regia Regionale, le modalità di reclutamento applicate nonché il rapporto del fabbisogno assunzionale per il Covid, tenuto distinto dal fabbisogno ordinario.

Il riferimento agli artt. 1 e 2 del DL n. 14/2020 è sempre da intendersi come rappresentazione del dato normativo vigente all'inizio della pandemia e su cui si è basata l'attività della Regione, oltre alle prerogative regionali in materia sia in regime ordinario sia in stato di necessità e urgenza.

Le Aziende e gli Enti del SSR sono stati autorizzati al reclutamento del personale necessario per la gestione dell'emergenza a livello ospedaliero e territoriale nonché per l'attivazione di nuovi posti letto di Terapia Intensiva e il potenziamento delle unità operative di Malattie Infettive, Pronto Soccorso, Pneumologie e Radiologie, anche in deroga alla tempistica e alle modalità previste dal sistema di approvazione del fabbisogno assunzionale.

In particolare, l'assunzione è avvenuta mediante lo scorrimento delle graduatorie disponibili o mediante l'indizione di appositi avvisi di manifestazione d'interesse, che assumono certamente carattere di straordinarietà rispetto al sistema delineato nel DCA n. U00378/2019.

Tali assunzioni rientrano nelle previsioni di cui agli artt. 2- bis e 2- ter del D.L. n. 18/2020 e s.m.i e considerato il loro carattere necessariamente temporaneo non sono considerate nel fabbisogno ordinario e nel costo del personale del SSR.

In particolare la Regione ha sempre distinto il fabbisogno ordinario dal fabbisogno emergenziale nei documenti di programmazione e nelle richieste di aggiornamento del fabbisogno Covid, oggetto anche nel corso del mese di ottobre 2020 di apposita comunicazione inviata alla struttura commissariale nazionale. Tale distinzione non deve tuttavia essere considerata come netta separazione in quanto, nell'ambito della predisposizione del Piano triennale del fabbisogno 2020-2022, la Regione ha chiesto che fosse indicata in apposita colonna il fabbisogno di personale per l'emergenza covid; sempre nell'ambito delle periodiche verifiche con le Aziende, la Regione ha chiesto di rappresentare il personale assunto per l'emergenza, l'impatto economico, anche nella fase di predisposizione del concordamento di budget di previsione fra Regione ed Aziende Sanitarie per l'anno 2021, ove si è dato ampio rilievo agli effetti economici delle assunzioni effettuate per l'emergenza. Ciò è avvenuto anche nell'ambito delle potestà e delle prerogative regionale in materia di organizzazione e gestione sanitaria anche in correlazione alle attribuzioni finanziarie stabilite con il DL n. 18/2020 e con il DL 34/2020 e DL 104/2020.

Con l'Ordinanza del Presidente n. Z00003 del 06/03/2020, nonché con la successiva Ordinanza n. Z00009/2020 è stata rimessa alla Direzione Salute il compito di fornire le necessarie indicazioni per l'espletamento delle procedure concorsuali, per l'utilizzo della modalità di lavoro agile nonché per lo svolgimento delle attività formative, nel rispetto di quanto previsto dal DPCM 4 marzo 2020.

In tale ambito è stato inoltre autorizzato il ricorso all'istituto della mobilità d'urgenza/assegnazioni temporanee del personale del SSR, già in servizio, sia a tempo determinato che indeterminato anche tra diverse aziende, allo scopo di sostenere e orientare il carico assistenziale delle strutture e/o delle aree verso quelle a maggiore criticità assistenziale.

E' stata anche introdotta la previa autorizzazione da parte della Direzione regionale Salute nel reclutamento di personale per le Aziende e gli Enti del SSR, anche in modalità flessibili di impiego e assegnazione temporanea, al fine di verificare che tale acquisizioni fossero adottate in coerenza con gli indirizzi programmatori definiti.

Nella fase iniziale della pandemia - prima metà del mese di marzo - conseguentemente all'immediato potenziamento dei reparti all'interno strutture ospedaliere, si è reso necessario procedere all'assunzione del personale (medico, collaboratore professionale sanitario, tecnico, etc) mediante l'indizione di procedure di selezione straordinarie e di manifestazione d'interesse, accentrate nella Cabina di Regia e con il ricorso al contratto a tempo determinato o al conferimento d'incarico libero professionale, nell'alveo del quadro normativo emergenziale statale, in particolare delineato dagli artt. 1 e 2 del DL n. 14/2020, poi recepiti nell'ambito del successivo DL n. 18/2020. Per il personale CPS infermiere la Regione Lazio ha, invece, potuto utilizzare la graduatoria concorsuale dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, di recente approvazione e ampiamente capiente.

Nell'ambito delle fasi successive della gestione emergenziale, la Regione ha provveduto all'emanazione di apposite linee di indirizzo finalizzate al recupero delle prestazioni istituzionali sospese prevedendo, nell'ambito del numero di ore mensile da dedicare, un ampio limite di assenze che non precludono all'esercizio della prestazione aggiuntiva, la definizione dell'apposito compenso per il personale di comparto e per i medici specialisti ambulatoriali.

Si è inoltre proceduto all'approvazione della Deliberazione di Giunta regionale n. 911 del 27/11/2020 in attuazione del disposto dell'art. 29 c. 9 del D.L. n. 104/2020; con tale atto si è approvato il Piano Operativo regionale per il recupero delle liste d'attesa. Detto piano prevede che per il recupero delle prestazioni non erogate siano utilizzati, per i ricoveri ospedalieri, i seguenti istituti:

1. Prestazioni aggiuntive ex art. 115 CCNL Dirigenza sanitaria 2016/2018 ed ex art .6 CCNL comparto area sanità 2016/2018;
2. Reclutamento di personale mediante le disposizioni di cui agli artt. 2- bis e 2- ter del D. L. n. 18/2020;

Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening sono previsti:

1. Prestazioni aggiuntive ex art. 115 CCNL Dirigenza sanitaria 2016/2018 ed ex art .6 CCNL comparto area sanità 2016/2018;
2. Incremento monte ore assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna

In accordo con le organizzazioni sindacali della medicina generale è stato approvato un Protocollo di Intesa con cui si è disposto l'inserimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta nella rete regionale di sorveglianza epidemiologica per l'esecuzione di tampone rapido, al fine di pervenire alla rapida identificazione di casi di positività e alla conseguente adozione delle misure di tracciamento, isolamento e di contenimento.

E' stata inoltre predisposta una convenzione per la sorveglianza sanitaria presso l'aeroporto "Leonardo da Vinci" con la Croce rossa italiana che ha previsto l'attivazione di strutture in modalità "drive in" per la realizzazione di attività di esecuzione di tamponi sette giorni su sette e in modalità h/24. Tale Convenzione è stata oggetto di successivi addendum per l'apertura di diversi Hub vaccinali nel territorio laziale (Roma Termini e Tor Vergata La Vela, Latina etc..).

La Direzione Salute ha successivamente stipulato un accordo con i medici di medicina generale per la partecipazione alla campagna di vaccinazione anti SARS-COV 2, nel rispetto del piano vaccinale regionale, prevedendo che le vaccinazioni potessero essere svolte presso lo studio del medico o presso l'Unità di cure primarie o in caso di pazienti non autosufficienti, presso il loro domicilio.

In seguito è stato stipulato un protocollo anche con i medici di continuità assistenziale e con i pediatri di libera scelta, per partecipare al processo di vaccinazione della popolazione regionale

Ricaduta sui modelli organizzativi

L'acquisizione di tutte le graduatorie disponibili e la predisposizione per ciascuna graduatoria dei "form microsoft" - metodo, rodato in modo massivo per la prima volta in questa eccezionale situazione - ha prodotto risultati straordinari in termini di rapporto fra unità reclutate e lasso temporale a disposizione. Con lo stesso metodo si è altresì proceduto allo scorrimento della graduatoria per CPS Infermiere dell'AOU Sant'Andrea.

Con lo scorrimento delle graduatorie concorsuali è stato possibile costituire rapporti di lavoro a tempo indeterminato con personale sanitario, sia della dirigenza che del comparto. Tale personale, assunto a tempo indeterminato, sarà considerato quale parte del fabbisogno ordinario e quindi ricompreso nel Piano di riqualificazione del SSR e nel PTF delle diverse aziende del SSR.

L'autorizzazione rilasciata dalla Regione all'acquisizione di personale con tale tipo di rapporto è stata motivata considerando l'elevato numero di cessazioni intervenute che, durante il periodo di emergenza pandemica, avrebbe potuto determinare una importante riduzione nella capacità di erogazione dell'assistenza per garantire, nel più breve tempo possibile, l'assistenza sanitaria nella fase della (allora) maggiore diffusione dell'epidemia, stante anche la difficoltà di costituire rapporti di lavoro a tempo determinato, specialmente per il profilo infermieristico e per alcune specialità mediche.

Tali assunzioni, al cessare dell'attuale stato emergenziale, saranno considerate nell'ambito dell'ordinario fabbisogno assunzionale delle Aziende. Il numero di personale è sempre riportato nella rilevazione settimanale trasmessa dalla Regione.

Le linee di finanziamento e loro rendicontazione

La Regione, al fine di monitorare puntualmente le assunzioni e i relativi costi per fronteggiare l'emergenza, ed in ottemperanza alle richieste ministeriali, ha rilevato settimanalmente lo stato delle procedure assunzionali e gli effetti da queste derivanti.

Si riportano di seguito, a integrazione del precedente programma operativo, atteso il differente lasso di tempo, una tabella di sintesi relativa al personale assunto al **31.12** e una tabella relativa al **personale dedicato** (sia quello già in servizio che quello neo-assunto) alle strutture Covid al **31.03.2021**.

Tabella 5 - sintesi del personale assunto al 31.12 per l'emergenza, con indicazione del rapporto contrattuale

Tipologia di rapporto contrattuale	Profilo	# Unità
Rapporti libero professionali	Medici specialisti	120
	Specializzandi	47
	Medico Laureato NON iscritto a specializzazione	356
	Infermieri	24
	Infermieri ex art.1, comma 5 d.l. 34 del 2020	-
	Altro	67
Rapporti libero professionali con personale collocato in quiescenza	Medici	45
	Infermieri	1
Incarichi individuali a tempo determinato	Medici	458
	Specializzandi ex art. 2 ter, comma 5 L. 27 del 2020 e s.m.	217
	Infermieri	1.167
	Altro	1.291
Assunzioni a tempo indeterminato	Medici	48
	Infermieri	1.332
	Altro	17
Altra tipologia di rapporto di lavoro	Medici	116
	Infermieri	94
	Altro	119
Personale trattenuto in servizio ex art. 12 D.L. 18 del 2020	Medici	7
	Infermieri	1
	Altro	2
Personale con titolo conseguito all'estero ex art. 13 D.L. 18 del 2020	Medici	-
	Infermieri	-
	Altro	-
TOTALE		5.529
di cui medici		1.414
di cui infermieri		2.619

Tabella 6- sintesi del personale dedicato all'emergenza al 31.03.2021

Unità presenti al 31/03/2021 per linee di attività						
Linee di attività	Dirigenza sanitaria	Dirigenza non sanitaria	Comparto sanitario	Dirigenza sanitaria specializzandi	Altre tipologie contrattuali	Totale
covid ricovero TI e T subint	550	-	1.664	117	20	2.351
covid tamponi	15	-	152	1	1	169
covid vaccini	109	-	249	1	9	368
covid trasporti	-	-	25	-	5	30
covid uscar	5	-	10	-	-	15
covid scuola	68	-	29	-	-	97
covid SISP	76	-	229	6	-	311
covid laboratorio	115	-	209	3	17	344
covid radiodiagnostica	172	-	402	4	4	582
covid personale amministrativo professionale e tecnico	-	9	85	-	49	143
altre funzioni	763	6	1.911	42	50	2.772
Totale	1.873	15	4.965	174	155	7.182

La tabella riporta sia il personale in servizio presso le Aziende nel periodo pre-covid che il personale assunto per la gestione della situazione emergenziale

In merito al numero di personale assunto si riportano le seguenti tabelle analitiche per Azienda, e che la Regione effettua settimanalmente verifica in ordine all'andamento del personale assunto secondo il format predisposto dal Ministero della Salute e nel rispetto delle indicazioni sempre fornite da tale dicastero. Tale rilevazione è inoltre trasmessa, sempre con cadenza settimanale, alla suddetta amministrazione. I soggetti rientranti nella categoria residuale "altre tipologie contrattuali" sono unità di personale con contratto di specialistica ambulatoriale, personale trattenuto in servizio, soggetti con contratto di somministrazione.

Le modalità con cui è stato costituito il rapporto di lavoro sono quelle previste dal DL 18/2020 e s.m.i. e in generale dalle disposizioni statali e regionali intervenute nel corso dell'emergenza e che assumono, come noto, carattere di provvedimento d'urgenza e di necessità.

Tabella 7 - Personale assunto, distinto per rapporto contrattuale e per profilo professionale- al 26/05/2021 analitica per Azienda

Tipologia di rapporto contrattuale	Profilo	# Unità
Rapporti libero professionali	Medici specialisti	123
	Specializzandi	59
	Medici abilitati non specializzati	518
	Infermieri	15
	Altro	159
Rapporti libero professionali con personale collocato in quiescenza	Medici	64
	Infermieri	1
Incarichi individuali a tempo determinato	Medici	351
	Specializzandi ex art. 2 ter, comma 5 L. 27 del 2020 e s.m.	234
	Infermieri	1.168
	Altro	1.761
Assunzioni a tempo indeterminato	Medici	53
	Infermieri	1.183
	Altro	175
Altra tipologia di rapporto di lavoro	Medici	197
	Infermieri	130
	Altro	153
Personale trattenuto in servizio ex art. 12 D.L. 18 del 2020	Medici	5
	Infermieri	2
	Altro	-
Personale con titolo conseguito all'estero ex art. 13 D.L. 18 del 2020	Medici	-
	Infermieri	-
	Altro	-
Infermieri ex art. 1, comma 5 D.L. 34 del 2020		-
TOTALE		6.351
<i>di cui medici</i>		<i>1.604</i>
<i>di cui infermieri</i>		<i>2.499</i>

Il ricorso a talune forme contrattuali si e' reso necessario per dare una maggiore tempestività agli interventi di reclutamento e, stante anche la difficoltà nel reclutamento stesso - con contratto di lavoro subordinato - nelle aziende sanitarie, in particolare, delle province.

In seguito alle disposizioni introdotte con il DL n. 34/2020 ed alle indicazioni pervenute con le linee guida del Ministero della Salute, inerenti alla riorganizzazione ed il potenziamento delle reti di offerta assistenziali, che hanno tra l'altro previsto:

- ♦ la creazione di posti letto di terapia intensiva presso le strutture ed i presidi ospedalieri regionali;
- ♦ l'implementazione dei mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari per i pazienti COVID-19;
- ♦ le misure di rafforzamento dell'assistenza delle cure primarie mediante anche l'introduzione delle figure assistenziali specifiche quali gli "Infermieri di comunità" e il potenziamento dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica (SISP);

la Regione, recependo le indicazioni sopra riportate, ha provveduto a definire il fabbisogno di personale necessario per rendere operative le attività da questi previsti, utilizzando i modelli metodologici e gli standard dimensionali riportati nella normativa vigente.

Tabella 8 – Standard per profilo assunto, distinto per rapporto contrattuale e per profilo professionale- al 26/05/2021 analitica per Azienda

Come già premesso i DL 14/2020, 18/2020 e 34/2020 hanno stanziato le risorse finanziarie per fronteggiare lo stato di emergenza sanitaria.

In materia di personale è stato previsto uno stanziamento complessivo pari a 198 €/mln per il 2020 e 98,1 €/mln per il 2021, per le assunzioni di personale, per i fondi per indennità e premialità, per la Medicina Generale e per le ore della specialistica ambulatoriale, come meglio precisato nella tabella che segue.

Tabella 9 - Stanziamento delle risorse

Riguardo la stima dei costi del personale del ruolo sanitario, sia con contratto a tempo indeterminato che a tempo determinato, si è tenuto conto dei valori previsti dal nuovo CCNL per le seguenti voci retributive per un soggetto con meno di 5 anni esperienza:

ERROR: invalidfont
OFFENDING COMMAND: show

STACK:

(-)