

PREDISPOSIZIONE DI MODALITÀ DI GESTIONE DI UNA O PIÙ ONDATE SUCCESSIVE**Criteri e percorsi organizzativi**

In attesa della realizzazione di tutti gli investimenti/lavori previsti dalla DGR 483 del 19/06/2020, e della realizzazione di quanto previsto dal PNRR, si definiscono le linee di intervento evolutive per soddisfare le necessità di ricovero ospedaliero legato all'attuale contesto dell'epidemia e mantenere il più possibile le altre attività assistenziali.

La gestione dei Pazienti positivi o sospetti al patogeno emergente, compatibilmente con il necessario impegno di risorse per fronteggiare le ondate dell'epidemia, dovrà salvaguardare non solo le reti cliniche tempo dipendenti e le attività chirurgiche di emergenza e quelle rivolte al trattamento delle patologie cd. "maggiori" ma fino a che possibile tutte le altre attività assistenziali e di screening per la popolazione.

Tutte le strutture della rete ospedaliera regionale dovranno mantenere la necessaria sicurezza nella gestione del percorso del paziente positivo o sospetto; si dovranno garantire percorsi formativi specifici per il personale, nella scia di quanto già fatto anche in corso di emergenza covid, con adeguata organizzazione dei servizi dedicati e, laddove non dedicati, prevedendo procedure strutturate di accesso e sanificazione.

E' per tale motivo che è stata definita una strategia di attivazione progressiva degli Ospedali e dei Posti Letto delle Discipline candidate a far fronte all'epidemia prendendo in considerazione anche quanto previsto per l'evoluzione futura la rete HUB e SPOKE costituita dai DEA di I e di II livello.

La strategia prevede che i livelli di attivazione dei p.l. sono specifici per ciascuna tipologia di posto letto (Terapia intensiva, Semintensiva, Degenza ordinaria medica): uno scenario epidemiologico può infatti comportare il livello I per quanto riguarda la Terapia intensiva e il livello II per quanto riguarda la degenza ordinaria in Malattie infettive, Pneumologia e Area Medica.

La configurazione vede nello sviluppo degli scenari e finché non vi è necessità di superare il terzo:

- Ospedali HUB DEA di II livello parzialmente dedicati (Perugia e Terni oltre alle attività dell'emergenza pandemica garantiranno le prestazioni di II livello, le prestazioni per la rete delle patologie tempo-dipendenti, le attività di urgenza anche rapportandosi con i DEA di I livello, nonché le attività programmate in relazione all'andamento epidemico)
- Ospedali Spoke DEA di I livello parzialmente dedicati (Città di Castello, Foligno, Gubbio-Gualdo Tadino, Spoleto oltre alle attività COVID garantiranno le prestazioni di I livello, le prestazioni per la rete delle patologie tempo-dipendenti, le attività di urgenza anche rapportandosi con gli altri DEA di I livello, nonché le attività programmate in relazione all'andamento epidemico)
- Ospedali di base parzialmente dedicati (Ospedale della Media Valle del Tevere con posti letto dedicati di area medica a bassa intensità assistenziale e posti letto sub-acuti sia di lungodegenza ospedaliera cod.60 e posti letto estensivi extraospedaliera per accogliere i positivi trasferiti dagli ospedali per acuti non ancora dimissibili a domicilio in diversi livelli assistenziali di cura)
- Ospedali che vanno messi in relazione prioritariamente con gli Ospedali parzialmente dedicati come di seguito dettagliato:
 - Castiglione del Lago e Media Valle del Tevere con Perugia
 - Umbertide con Città di Castello
 - Assisi con Foligno
 - Orvieto, Narni e Amelia con Terni

In questi Ospedali devono essere resi disponibili posti letto per le necessità di dimissione o di ricovero dell'Ospedale per casi non infettivi a più bassa intensità assistenziale al fine di ridurre la pressione sugli Ospedali parzialmente dedicati e decongestionare le aree di degenza e di pronto Soccorso. In tutti gli Ospedali della rete ospedaliera vanno attivati posti letto per consentire l'isolamento e la definizione diagnostica.

Per garantire al meglio l'isolamento di pazienti sospetti in attesa della definizione diagnostica ma necessitanti di cure tempestive negli Ospedali parzialmente dedicati si dovranno individuare anche stanze di isolamento nelle altre discipline (Cardiologia, Neurologia, Pediatria, Ostetricia...) al fine di offrire il setting assistenziale più appropriato per la patologia di ricovero gestendo il paziente, dal punto di vista della sicurezza, come positivo.

Stesso atteggiamento per la gestione delle patologie tempo-dipendenti e le urgenze/emergenze chirurgiche laddove la gestione della condizione clinica è prevalente rispetto alla definizione diagnostica.

Vanno continuati a programmati **percorsi formativi** per tutto il personale sanitario sulla gestione dell'emergenza e sulla corretta adozione dei DPI e corsi specifici per il personale sanitario destinato all'utilizzo dei sistemi di ventilazione. Al pari di quanto avvenuto durante l'emergenza COVID vanno individuati in ogni Ospedale dei **Referenti sanitari per la Sicurezza Emergenza Infettiva**, con la funzione di monitorare la netta separazione dei percorsi pulito/sporco e mettere in evidenza eventuali criticità che dovranno seguire un percorso di aggiornamento continuo.

Il monitoraggio dell'incidenza dei casi consente di fare previsione sulle necessità di ricovero ospedaliero e di posti letto territoriali e quindi di attivare progressivamente i posti letto necessari dedicati alle esigenze pandemiche così come previsto per livelli successivi. E' sempre l'andamento epidemico che detta i tempi del ripristino dei posti letto e del ritorno della rete al livello base.

Questo consente anche la gestione di ondate successive in quanto la rete dei servizi è organizzata al livello base, in caso di allerta la rete si predispose per l'incremento progressivo dei posti come previsto e il ripristino delle stessa quando l'ondata regredisce per riattivarsi in caso di ondata successiva.

La flessibilità del sistema è garantita, oltre che da quanto previsto a livello strutturale, dal sistema di alert e monitoraggio che consente di recepire le allerte e monitorare l'andamento in caso di pandemia, la presenza di centrali operative (118, 112, COT, 116-117, sorveglianza) attive h 24, la definizione della catena di comando con la presenza di Unità di Crisi di livello regionale e aziendale attive dal momento di primo alert e predisposte per gestire l'evoluzione di una pandemia con precisa definizione di ruoli e responsabilità così come illustrato nella parte generale.

DEFINIZIONE DI PROCEDURE PER LA TEMPESTIVA NORMALIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI E IL RIPRISTINO DELLO STATO DI FUNZIONALITA' DI STRUTTURE E PROCESSI

La ripresa da una pandemia richiederà una collaborazione di tutta la società, governo, imprese, organizzazioni comunitarie e pubblico. Essa comprenderà anche sforzi per risollevare le economie locali e regionali a breve, medio e lungo termine. Le pandemie tendono a verificarsi in una serie di due o tre ondate di diffusione nazionale ed internazionale. Pertanto, le azioni di ripresa pandemica devono essere bilanciate anche da attività di preparazione delle potenziali ondate successive. È considerato essenziale:

- 1. Istituire un coordinamento centrale** incaricato di armonizzare e sorvegliare le operazioni per il ripristino di tutte le attività (ad esempio, il comitato nazionale di recupero *ad hoc*). Individuare analoghe autorità di coordinamento a livello regionale.

- 2. Stabilire criteri per ridurre le operazioni di risposta alle emergenze e avviare il recupero di servizi e attività** normali, ivi compresa l'identificazione delle attività di sanità pubblica veterinaria che devono essere garantite ai fini della sanità pubblica veterinaria e della sicurezza alimentare.

- 3. Elaborare piani di ripresa per il settore sanitario e per altri servizi essenziali.**

- 4. Sviluppare servizi e programmi di sostegno alle comunità** colpite dalla pandemia, compresi il sostegno finanziario, il sostegno sociale, gli alloggi di emergenza e la consulenza.

Gli obiettivi e le azioni previste a livello regionale sono:

1. **Permettere un ripristino armonizzato di tutte le attività colpite dalla pandemia:**
 - a. **Disporre di un coordinamento centrale incaricato di armonizzare e sorvegliare le operazioni per il ripristino di tutte le attività.**

Sarà attivo un gruppo tecnico Regione-Aziende con il supporto del Comitato Pandemico, CTS e NE per continuare a valutare l'andamento pandemico, pianificare ed approvare le azioni per il ripristino graduale delle attività sospese/interrotte in fase pandemica fino al ripristino funzionale completo, monitorare le azioni di ripresa.
 - b. **Disporre di piani di ripresa per il settore sanitario e per altri servizi essenziali**

Il gruppo tecnico avrà il compito di predisporre i piani e realizzare gli strumenti di ripresa dei servizi sanitari e di quelli essenziali, il gruppo tecnico avrà anche il compito di identificare le criticità emerse che possono interferire con una ottimale ripresa delle attività al fine di attivare azioni correttive e/o di miglioramento per garantire tutte le attività ed aggiornare i piani e gli strumenti per la ripresa delle attività in fase post-pandemica.
2. **Informare in modo sistematico gli organi decisionali sull'andamento dell'epidemia, in modo da permettere una de-escalation delle misure di sicurezza.**

La raccolta dei dati di sorveglianza proseguirà in questa fase rispettando criteri e tempistiche nel debito informativo definite dal livello centrale, il sistema di monitoraggio del rischio di epidemia non controllata e non gestibile sarà attivo fino a quando la pandemia non sarà dichiarata conclusa
3. **Definire le misure necessarie a prepararsi alle future pandemie sulla cui base aggiornare piani pandemici influenzali e di contingenza.**

Si parteciperà agli studi insieme al Ministero oltre che valutare il disegno di studi interni per raccogliere gli elementi necessari per migliorare le attività di risposta a pandemie influenzali.

La ripresa delle attività in fase di transizione pandemica è dettata dalle indicazioni del Comitato Pandemico supportato dal Nucleo Epidemiologico e dal Comitato Tecnico Scientifico.

Nel caso in cui vi fosse stata una riduzione delle attività vanno definiti i criteri per la gestione della ripresa delle attività, seguendo quanto attuato in corso di pandemia da virus SARS-CoV2, così come sono stati indicati nella DGR 711/2020, nella DGR. 647/2021 e nel Piano Nazionale di recupero delle Liste di Attesa ai sensi dell'art.1, commi 276 e 279 della legge n.234 del 30 dicembre 2021

L'obiettivo è quello di garantire tutte le attività assistenziali magari rimodulandole nell'articolazione e potenziando la telemedicina ma se la progressione dell'epidemia necessitasse di interventi di riduzione delle attività, le prestazioni non erogate andranno tempestivamente recuperate appena le condizioni di andamento epidemico lo consentiranno.

In caso di necessità di recupero le Aziende Sanitarie dovranno predisporre un Piano Operativo, e relativo cronoprogramma, per il recupero delle prestazioni sospese e/o ridotte in periodo di emergenza epidemica che dovrà essere trasmesso alla Regione entro 15 giorni dalla richiesta del Piano Operativo.

Tale programmazione avverrà seguendo i criteri definiti dal Piano Operativo Nazionale di recupero delle liste di attesa.

Il Piano Operativo costituirà un obiettivo prioritario dei Direttori Generali e dei Direttori Sanitari delle Aziende e verrà monitorato trimestralmente dalla Regione.

Ciascuna Azienda dovrà prevedere la riorganizzazione delle risorse interne a favore dell'attività di recupero delle prestazioni non erogate, sia dei ricoveri ospedalieri che delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, al fine di ottenere la massima efficienza del sistema. Tale riorganizzazione deve prendere in considerazione prioritariamente l'utilizzo del personale non più impiegato nelle attività di contrasto all'epidemia. I Direttori Generali dovranno assegnare obiettivi di governo delle liste di attesa alle Strutture Eroganti (Direttori di Macroarticolazione, Direttori di Struttura Complessa, Direttori di Struttura Semplice) definendo uno specifico piano di recupero delle prestazioni di pertinenza di ciascuna di esse.

Il Piano dovrà prevedere inoltre la stipula di accordi interaziendali tra Azienda USL e Azienda Ospedaliera di riferimento, che contengano un programma specifico delle attività. Potrà essere prevista la stipula di convenzioni con le Strutture private accreditate per l'erogazione delle prestazioni numericamente più rilevanti.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Per il recupero le prestazioni di specialistica ambulatoriali vengono distinte in:

- prime visite oncologiche,
- visite di controllo oncologiche, per le patologie croniche, le patologie rare e la salute mentale
- eventuali prime visite ritenute prioritarie (diverse da quelle elencate nel PNGLA)
- altre prestazioni monitorate dal PNGLA
- altre prestazioni che non rientrano nelle categorie precedenti

Ogni Azienda ha a sua disposizione un "cruscotto informatico" che consente un'analisi dei dati dettagliata per distretto, tipologia di prestazione, tipo di accesso (primo accesso-classe RAO, accesso successivo) che viene aggiornata settimanalmente.

Le Aziende Sanitarie dovranno prevedere inoltre:

- l'ampliamento dell'offerta erogativa attraverso l'estensione dei giorni di apertura degli ambulatori (nei giorni prefestivi e festivi) e degli orari (dalle 8 alle 20);
- la riorganizzazione delle agende di prenotazione: in applicazione di nuove indicazioni relative al passo delle prestazioni e alla riduzione del tempo fra una prestazione ed un'altra per consentire l'areazione dell'ambiente e la pulizia delle apparecchiature e suppellettili con cui il paziente è venuto a contatto, ciascuna Azienda provvederà a riorganizzare le agende CUP, tenendo conto dell'eventuale recupero di attività sospesa ancora da riprogrammare, dei percorsi di tutela e dell'accesso in prenotazione di nuove prestazioni. Dovranno inoltre essere utilizzati tutti gli strumenti utili a garantire la massima efficienza (ad es. la possibilità di prenotazione in "overbooking");
- la "ripulitura delle liste", in particolare per le prenotazioni inserite nei percorsi di tutela;
- la valutazione delle condizioni di appropriatezza clinica delle prescrizioni, anche allo scopo di sensibilizzare sull'importanza dell'appropriatezza all'uso delle risorse sanitarie e di garantire le prestazioni erogate prioritariamente alle esigenze di diagnosi per sintomi emergenti e alla presa in carico delle patologie con veloce variabilità nel tempo. Tale lavoro dovrà essere effettuato attraverso il confronto e la collaborazione tra Medici di Medicina Generale e Medici Specialisti. È necessario inoltre promuovere una campagna informativa di sensibilizzazione verso i cittadini sul tema della appropriatezza all'uso delle risorse sanitarie;
- l'uso di strumenti e una modalità di gestione delle prestazioni a distanza e di telemedicina, laddove non è richiesto un contatto fisico o comunque ravvicinato tra il paziente ed il medico;
- la garanzia della continuità terapeutica e la massima sicurezza dei pazienti con patologie rilevanti (patologie croniche o malattie rare), ad alto rischio di instabilità clinica e riacutizzazione; a tale scopo dovranno essere effettuate consulenze telefoniche da parte dello specialista al fine di monitorare lo stato di salute del paziente e verificare l'appropriatezza della terapia in atto e l'eventuale conferma/rettifica dell'appuntamento già fissato.

Ciascuna Azienda Sanitaria dovrà provvedere ad una nuova pianificazione delle attività valutando:

- la propria domanda in lista di attesa;
- l'ampliamento dell'offerta, rispetto a quella garantita nel periodo precedente alla fase pandemica, necessario al recupero sia delle prestazioni sospese che di quelle inserite nei percorsi di tutela;
- Le Aziende dovranno inoltre completare i **progetti regionali già avviati**, che forniscono strumenti utili a semplificare l'intero percorso del paziente, dalla prescrizione all'erogazione;
 - **CUP di I livello:**
 - Progetto smartCUP il quale prevede che la prescrizione specialistica dematerializzata del MMG/PLS venga trasmessa direttamente dal prescrittore al sistema di prenotazione smartCUP: in tal modo il cittadino non deve provvedere in maniera

attiva alla prenotazione perchè l'appuntamento viene gestito in remoto dagli operatori di SmartCUP ed inviato all'assistito;

○ **CUP di II livello:**

- Progetto di prenotazione da parte dei medici specialisti delle prestazioni di specialistica ambulatoriale: il paziente alla fine della visita, riceve dal Medico Specialista la data del controllo successivo e la relativa prenotazione, in tal modo il Professionista può individuare con esattezza il momento del controllo successivo e il Cittadino non deve provvedere in maniera attiva alla prenotazione in quanto viene prenotato al termine della visita;
- Progetto della Piastra Ambulatoriale: per un numero minimo di ambulatori (es. 6-8) viene predisposta una postazione di un operatore CUP per prenotare le prestazioni prescritte dal medico specialista (diverse dai controlli).

Le Aziende Sanitarie dovranno portare a termine i tre Progetti sopra descritti in base ai cronoprogrammi già condivisi nel gruppo costituito dai responsabili sanitari della specialistica ambulatoriale e quelli del Back Office CUP di ciascuna Azienda e dai rappresentanti della Regione. Anche tali attività dovranno essere inserite negli obiettivi che verranno assegnati alle Strutture Eroganti per il recupero delle liste di attesa.

VACCINAZIONI

Durante la fase pandemica vengono garantite le attività vaccinali, che non devono essere sospese per evitare ritardi nei cicli vaccinali, se necessario si potranno rimodulare quelle non obbligatorie con predisposizione di un programma di recupero fin dalla fase di sospensione.

SCREENING

Durante la fase pandemica vengono garantite le attività di screening.

Laddove tale continuità non potrà essere garantita, le Aziende dovranno predisporre specifici piani di recupero che dovranno essere inviate al livello regionale che provvederà al monitoraggio degli stessi.

Le chiamate di screening sospese e le prestazioni di II livello sospese vanno recuperate progressivamente fino ad allineare i tempi di chiamata.

RICOVERI

Durante la fase pandemica, la sospensione/riduzione delle attività chirurgiche è legata a due condizioni: necessità di letti da dedicare ai ricoveri medici non infettivi; impegno degli Anestesisti/Rianimatori nelle Terapie Intensive. Rimarrà il principio di garantire, fin che possibile, la chirurgia oncologica ed, in ogni caso, le urgenze chirurgiche e i trattamenti interventistici per le patologie tempo dipendenti.

La gestione dell'epidemia da SARS-CoV 2 nelle sue diverse ondate ha definito i criteri di resilienza e flessibilità che deve avere il sistema per rimodulare le attività e riorganizzarle in base alla valutazione rischio-beneficio senza dover ricorrere alla sospensione se non in maniera residuale e solo per attività procrastinabili.

Nel caso di necessità di recupero di prestazioni sospese il piano di recupero delle liste di attesa chirurgiche seguirà i criteri definiti dal Piano Operativo Nazionale di Recupero delle attività chirurgiche.

Ogni Azienda dovrà predisporre un prospetto sugli interventi chirurgici in lista di attesa, ricomprendendo anche le attese generate dal quadro pandemico. Il prospetto dovrà essere ottenuto dai gestionali di sala operatoria, comune per le quattro Aziende, e gli interventi saranno classificati in base ai criteri di gravità clinica (classi A, B, C, D) ed in base alla complessità assistenziale (Classi I, II, III).

Le Aziende provvederanno innanzi tutto alla ripulitura delle liste e, quindi, definiranno il cronoprogramma di recupero delle liste di attesa.

Per la riprogrammazione si dovrà considerare l'intera rete di offerta, sia delle strutture pubbliche che di quelle private convenzionate.

I Direttori Sanitari, coordinandosi con i Direttori dei Dipartimenti Chirurgici, con i Responsabili delle Unità Operative chirurgiche e i Responsabili dei Presidi Ospedalieri, provvederanno a verificare negli elenchi delle liste di attesa i pazienti da programmare di settimana in settimana. Tale attività dovrà essere effettuata:

- tenendo conto sia della classe di priorità, sia della data di inserimento in lista più lontana nel tempo (principio di equità nell'accesso);

- prevedendo la riattribuzione della classi di priorità inizialmente assegnata, nel caso le condizioni cliniche del paziente si fossero modificate: il Direttore Sanitario, unitamente ai Direttori delle Unità Operative, dovrà valutare la necessità di riprogrammare ed attribuire la corretta priorità ai pazienti che devono essere sottoposti ad intervento chirurgico. Le Aziende Sanitarie dovranno prevedere inoltre:
- la revisione della gestione complessiva delle sale operatorie sulla base dei principali criteri di efficientamento presenti anche in letteratura (es: anticipazione di inizio intervento, riduzione degli intervalli di turnover, ottimizzazione dei tempi di posizionamento, efficientamento dell'utilizzo della pre-sala operatoria);
- la definizione di percorsi di gestione e di presa in carico post-intervento (per esempio PDTA frattura di femore, PDTA protesi anca o ginocchio), che prevedano una semplificazione del percorso di cura post-operatorio ed una riduzione dei tempi di degenza.

ALTRE ATTIVITA' SANITARIE E SOCIO-SANITARIE

Durante la fase pandemica devono essere garantite tutte le attività sanitarie e socio-assistenziali, in quanto tutti i servizi/strutture devono essere in grado di attivare percorsi separati di accesso e garantire idonee misure di prevenzione e sicurezza al fine di non interrompere i percorsi sanitari e socio-sanitari degli assistiti. L'obiettivo è quello di garantire tutte le attività magari rimodulandole nell'articolazione e potenziando la telemedicina e il triage telefonico.

Laddove tale continuità non potrà essere garantita in relazione alla progressione dell'andamento epidemico e alla disponibilità di personale verranno date precise indicazioni dal Comitato Centrale sia per le sospensioni che per la ripresa delle attività con recupero delle prestazioni. A livello regionale si provvederà al monitoraggio delle attività.

CAMPAGNA DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

Verrà approntata idonea campagna di informazione e comunicazione interna ed esterna in tutte le fasi di sviluppo del progetto fin dalla fase di adozione allo scopo di informare Operatori ed Utenti circa le modalità di recupero delle prestazioni sospese.

DEFINIZIONE DI PROCEDURA PER LA VERIFICA DEI RISULTATI OTTENUTI, L'ANALISI E LA VALUTAZIONE DELLE MODALITA' DI GESTIONE DELLA PANDEMIA E DELLE LORO REALE EFFICACIA IN FUNZIONE DELLA REVISIONE DEI PIANI PANDEMICI (VEDERE FASE DI TRANSIZIONE PANDEMICA CON RITORNO ALLA FASE INTER-PANDEMICA)

Si fa riferimento a quanto previsto da:

- Ciclo di Monitoraggio (Appendice 1D)
- Lista di Autovalutazione (Appendice 1E) e suo utilizzo periodico