

3

COPIA

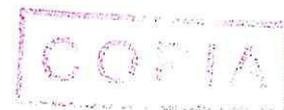
**PIANO NAZIONALE SANITARIO
IN RISPOSTA A UN'EVENTUALE EMERGENZA
PANDEMICA DA COVID-19**

COPIA

Sommario

LISTA DEGLI ACRONIMI	3
MESSAGGI CHIAVE	4
1. INTRODUZIONE	5
1.1 Azioni intraprese per istituire la sorveglianza epidemiologica e virologica di casi di COVID-19 in Italia ..	8
1.2 Attuale offerta assistenziale ospedaliera e territoriale	9
2. RAZIONALE, OBIETTIVI E AMBITO DI APPLICAZIONE	12
3. SCENARI E LIVELLI DI RISCHIO	14
4. FASI OPERATIVE	19
4.1 Contestualizzazione dei possibili scenari epidemiologici	22
4.2 Descrizione delle azioni previste nelle diverse fasi operative	28
4.2.1 Mantenimento e/o potenziamento dei sistemi di sorveglianza epidemiologica e virologica.....	28
4.2.2 Monitoraggio della capacità assistenziale dei SSR.....	28
4.2.3 Realizzazione degli interventi per garantire la sicurezza degli operatori	28
4.2.4 Definizione di un programma per la pulizia e la disinfezione di ambienti sanitari e il corretto smaltimento dei rifiuti	30
4.2.5 Organizzazione del trasporto di pazienti infetti	31
4.2.6 Riorganizzazione dell'offerta specialistica di infettivologia secondo il modello Hub & Spoke	31
4.2.7 Riorganizzazione e sviluppo dell'offerta specialistica di Terapia Intensiva	33
4.2.8 Coordinamento dell'eventuale trasferimento di pazienti da una Regione ad un'altra quando le capacità di risposta di una Regione siano insufficienti	42
4.2.9 Attivazione della formazione del personale	42
4.2.10 Adattamento a scopo di ricovero e assistenza sanitaria di strutture che in ordinario non sono adibite a tale utilizzo.....	43
4.2.11 Reclutamento di personale di supporto non sanitario da formare e riequipaggiare per rispondere a bisogni assistenziali aumentati.....	43
4.2.12 Definizione di modelli organizzativi di isolamento per coorte	44
4.2.13 Trattamento domiciliare dei soggetti asintomatici, paucisintomatici e con sintomi respiratori lievi risultati positivi al test.....	44
5. COORDINAMENTO	46
6. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE	46
7. CRONOPROGRAMMA SCENARI 2, 3 E 3 bis	47
8. RIFERIMENTI NORMATIVI	50
9. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	51
ALLEGATO 1 – Gestione dei pazienti critici con insufficienza respiratoria ipossiémica da sospetta malattia da coronavirus (COVID-19)	52

Sommario



LISTA DEGLI ACRONIMI	3
MESSAGGI CHIAVE	4
1. INTRODUZIONE	5
1.1 Azioni intraprese per istituire la sorveglianza epidemiologica e virologica di casi di COVID-19 in Italia ..	8
1.2 Attuale offerta assistenziale ospedaliera e territoriale	9
2. RAZIONALE, OBIETTIVI E AMBITO DI APPLICAZIONE	12
3. SCENARI E LIVELLI DI RISCHIO	14
4. FASI OPERATIVE	19
4.1 Contestualizzazione dei possibili scenari epidemiologici	22
4.2 Descrizione delle azioni previste nelle diverse fasi operative	28
4.2.1 Mantenimento e/o potenziamento dei sistemi di sorveglianza epidemiologica e virologica	28
4.2.2 Monitoraggio della capacità assistenziale dei SSR	28
4.2.3 Realizzazione degli interventi per garantire la sicurezza degli operatori	28
4.2.4 Definizione di un programma per la pulizia e la disinfezione di ambienti sanitari e il corretto smaltimento dei rifiuti	30
4.2.5 Organizzazione del trasporto di pazienti infetti	31
4.2.6 Riorganizzazione dell'offerta specialistica di infettivologia secondo il modello Hub & Spoke	31
4.2.7 Riorganizzazione e sviluppo dell'offerta specialistica di Terapia Intensiva	33
4.2.8 Coordinamento dell'eventuale trasferimento di pazienti da una Regione ad un'altra quando le capacità di risposta di una Regione siano insufficienti	42
4.2.9 Attivazione della formazione del personale	42
4.2.10 Adattamento a scopo di ricovero e assistenza sanitaria di strutture che in ordinario non sono adibite a tale utilizzo	43
4.2.11 Reclutamento di personale di supporto non sanitario da formare e riequippaggiare per rispondere a bisogni assistenziali aumentati	43
4.2.12 Definizione di modelli organizzativi di isolamento per coorte	44
4.2.13 Trattamento domiciliare dei soggetti asintomatici, paucisintomatici e con sintomi respiratori lievi risultati positivi al test	44
5. COORDINAMENTO	46
6. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE	46
7. CRONOPROGRAMMA SCENARI 2, 3 E 3 bis	47
8. RIFERIMENTI NORMATIVI	50
9. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	51
ALLEGATO 1 – Gestione dei pazienti critici con insufficienza respiratoria ipossiémica da sospetta malattia da coronavirus (COVID-19)	52



COPY

LISTA DEGLI ACRONIMI

- AREU Agenzia Regionale Emergenza Urgenza
- CCM Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie
- COVID-19 Coronavirus disease 2019
- CPAP Continuous Positive Airway Pressure (Ventilazione Meccanica a Pressione Positiva Continua)
- DPI Dispositivi di Protezione Individuali
- ECDC Centro Europeo per la Prevenzione ed il Controllo delle malattie
- ECMO Extra Corporeal Membrane Oxygenation
- FFP Filtering Face Piece (Maschera filtrante)
- MCA Medici di Continuità Assistenziale
- MERS Middle-East Respiratory Syndrome
- MMG Medici di Medicina Generale
- NSIS Nuovo Sistema Informativo Sanitario
- PAPR Powered Air Purifying Respirators (Tuta e respiratore a pressione positive)
- PCM Presidenza Consiglio dei Ministri
- PEIMAF Piano di emergenza per massiccio afflusso di feriti
- PL Posti Letto
- PLS Pediatri di Libera Scelta
- PMA Posto Medico Avanzato
- PPAA Province Autonome
- RSR Referente Sanitario Regionale
- SARS-CoV-2 Severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2
- SARS Severe Acute Respiratory Syndrome
- SNPC Servizio Nazionale della Protezione Civile
- TI Terapia Intensiva
- UUOO Unità Operative
- VM Ventilazione Meccanica

COPIA

MESSAGGI CHIAVE

I dati disponibili sulla epidemia COVID-19 in Cina hanno dimostrato che:

- ✚ SARS-CoV-2 ha un elevato potenziale epidemico
- ✚ Le misure di contenimento tempestive e radicali sono efficaci nel ridurre l' R_0 sotto il livello soglia e nel tenere sotto controllo l'epidemia

Dalla conferma del primo caso di trasmissione locale di SARS-CoV-2 (caso indice)¹ diventa fondamentale:

Attivare tempestivamente misure di contenimento della diffusione dell'infezione

- ✚ Adozione delle misure di isolamento e quarantena (domiciliari e organizzati in spazi dedicati)
- ✚ Adozione di misure straordinarie di distanziamento sociale da adottare in modalità scalabile
- ✚ Mantenimento e potenziamento dei sistemi di sorveglianza

Programmare misure di mitigazione di impatto sulla popolazione e sui servizi assistenziali

- ✚ Riconversione e potenziamento dei posti letto disponibili (in base allo scenario)
- ✚ Riconversione di strutture ospedaliere in presidi COVID-19
- ✚ Ridefinizione dei percorsi di triage dei PS con la individuazione di aree dedicate alla sosta/degenza temporanea di pazienti sospetti
- ✚ Scalare la capacità diagnostica (laboratori, radiologie ecc.)
- ✚ Approvvigionamento di strumentazione e materiali di consumo
- ✚ Reclutamento e Formazione di personale medico-infermieristico
- ✚ Organizzazione dei trasporti sanitari per il trasferimento di pazienti
- ✚ Gestione della disinfezione e dello smaltimento di rifiuti in bio-sicurezza
- ✚ Mantenimento e potenziamento dei sistemi di sorveglianza
- ✚ Definizione di un protocollo di sicurezza e sorveglianza degli operatori sanitari

Rivalutare sistematicamente e periodicamente la situazione per ridefinire al meglio i tempi di azione e le misure da adottare in termini di risorse strutturali tecnologiche organizzative e professionali.

- ✚ Rivalutazione degli scenari sulla base delle evidenze scientifiche
- ✚ Verifica di congruenza tra scenari e i dati osservati in relazione con le misure adottate con possibilità di ridimensionamento delle azioni.

Il Piano risponde alla logica di ottimizzare i livelli di *preparedness* e massimizzare l'efficacia della risposta in funzione di preparazione operativa e di definizione anticipata degli interventi da realizzare per far fronte in modo adeguato alla possibile evoluzione degli scenari epidemici.

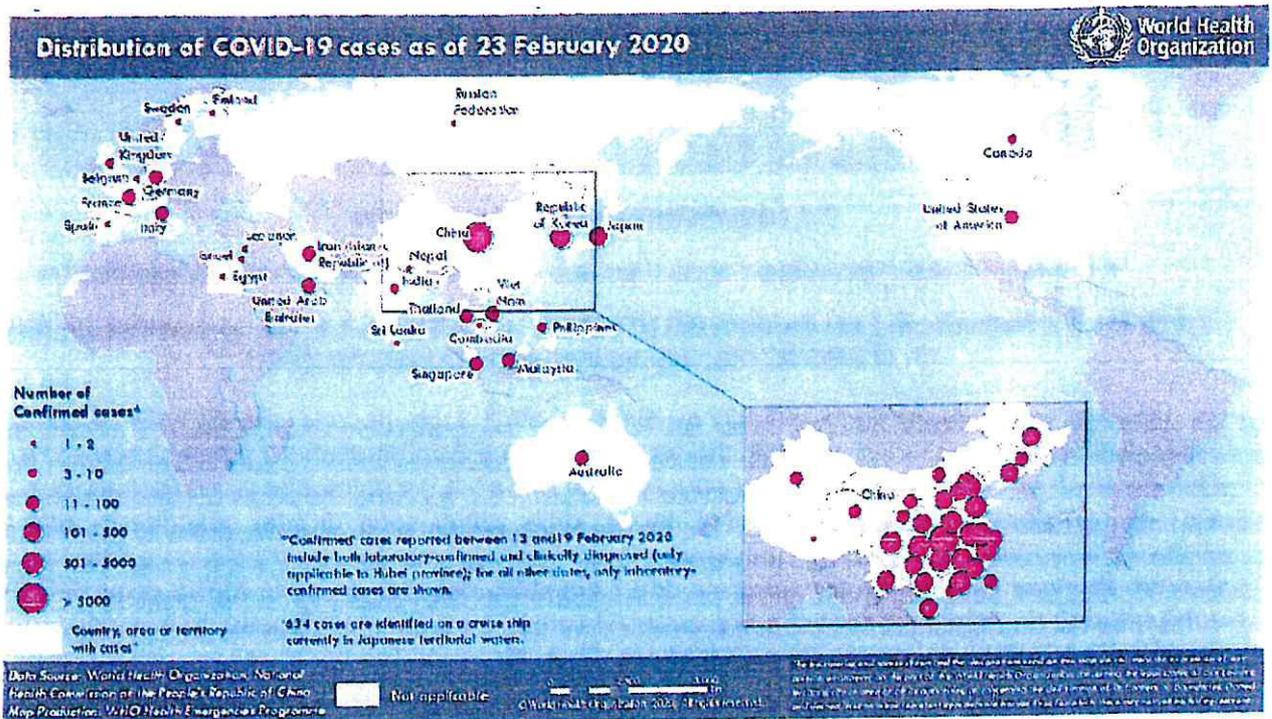
Tutte le azioni verranno svolte in coordinamento con tutti gli attori coinvolti nella risposta all'emergenza.

¹ Il "caso indice" è il primo caso confermato di COVID-19 in una determinata area, che viene intercettato dalle autorità sanitarie di cui non si conosce la fonte di trasmissione o comunque non sia riconducibile a zona già colpita.

1. INTRODUZIONE

Dopo la segnalazione di un focolaio di casi di polmonite ad eziologia non nota nella città di Wuhan (Provincia dell'Hubei, Cina), il 9 gennaio 2020, il China CDC (il Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie della Cina) ha identificato un nuovo coronavirus (SARS-CoV-2) come causa eziologica di una nuova patologia, denominata ufficialmente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), COVID-19.

Al 23 febbraio, in base ai dati pubblicati dall'OMS [1], sono stati notificati complessivamente 77.792 casi di COVID-19 confermati in laboratorio, di cui 2.359 decessi.



*The situation report includes information provided by national authorities as of 10 AM Central European Time

Figura 1 – Distribuzione geografica dei casi di COVID-19 confermati in laboratorio segnalati all'Organizzazione Mondiale della Sanità (Fonte OMS, dati aggiornati al 23 febbraio 2020 [1])

Al 23 febbraio, oltre alla Cina, altri 28 paesi avevano notificato casi di COVID-19 (Figura 1). Di questi, 23 avevano notificato casi con probabile esposizione in Cina e 15 paesi avevano notificato casi in cui la trasmissione probabile o confermata di SARS-CoV-2 sarebbe avvenuta al di fuori della Cina [1]. Nella Regione Europea dell'OMS, al 23 febbraio erano stati notificati 121 casi di COVID-19, di cui 118 nei Paesi UE/SEE (Unione europea/Spazio economico europeo) e nel Regno Unito [1].

In base a quanto riportato dal Centro Europeo per la Prevenzione ed il Controllo delle malattie (ECDC) al 23 febbraio, nei paesi UE/SEE e nel Regno Unito sono stati riportati 121 casi di COVID-19, 98 erano stati associati ad una trasmissione locale del virus in Italia, Germania, Francia e nel Regno Unito [2]. L'Italia ha segnalato 79 casi di infezione confermata da COVID-19, di cui solo tre importati.

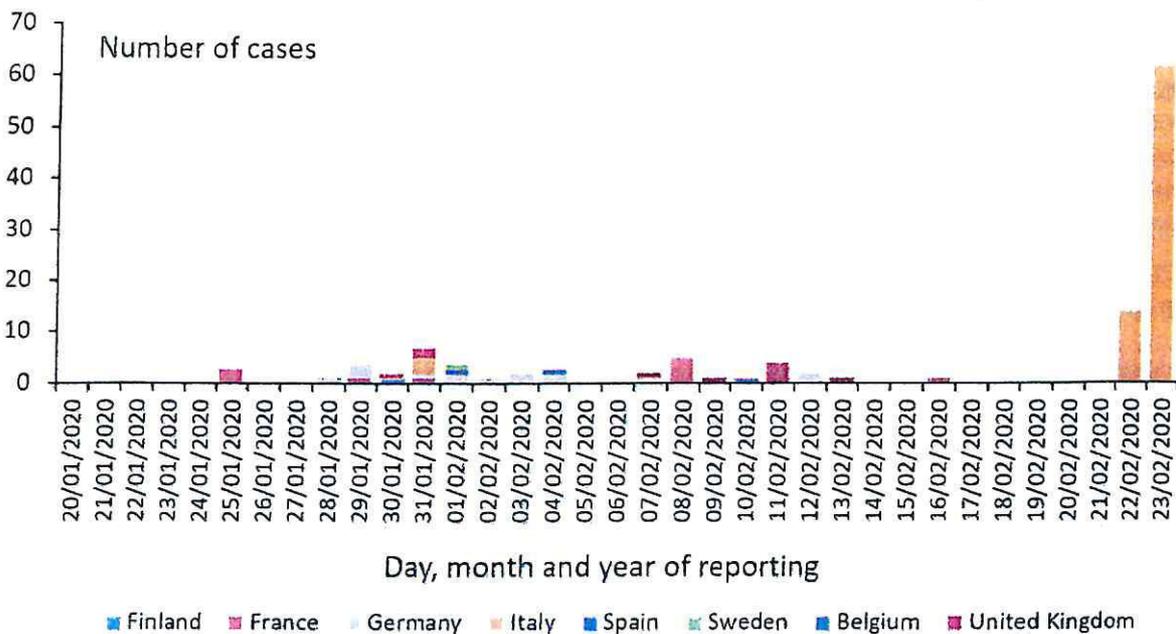


Figura 2 – Numero di casi confermati di COVID-19 in EU/EEA e UK, per paese notificante (Fonte ECDC, dati aggiornati al 23 febbraio 2020)

Le conoscenze attualmente disponibili su SARS-CoV-2 suggeriscono che COVID-19 possa avere presentazioni cliniche molto variabili che vanno da forme asintomatiche o pauci sintomatiche, forme cliniche simili all'influenza stagionale (*influenza like illness*; ILI) e polmonite virale (polmonite bilaterale atipica) con quadri clinici gravi e critici. Inoltre dalle prime serie di casi descritte in letteratura è possibile riconoscere una relazione lineare diretta tra la gravità del quadro clinico e l'età dei pazienti (ovvero le infezioni sono molto più gravi con l'avanzare dell'età) e che le forme gravi di COVID-19 sono favorite da patologie croniche pre-esistenti come le cardio-vasculopatie, le broncopneumopatie, le epatopatie e l'insufficienza renale ed il diabete. [3, 4, 5]

Da un'attenta analisi dei risultati delle indagini condotte nel corso dell'attuale epidemia e dall'esperienza relativa alla gestione di eventi epidemici associati ad altri virus respiratori emergenti per i quali non sono disponibili vaccini (come SARS e MERS) si evince che gli elementi critici per il contenimento dell'epidemia per la salvaguardia della salute individuale sono:

1. La rapida identificazione e gestione dei soggetti ad elevato rischio di infezione come ad esempio:
 - a. Il contatto stretto² di casi confermati;
 - b. I soggetti provenienti da aree epidemiche;
2. La pronta identificazione dei casi e del contesto epidemiologico in cui si sono verificati:
 - a. casi provenienti da aree epidemiche;
 - b. casi associati a cluster epidemici di trasmissione interumana circoscritta;
 - c. casi associati a diffusione interumana sostenuta nel tempo e nello spazio;
3. L'adeguata gestione clinica dei casi secondo i bisogni assistenziali e la disponibilità di risorse, ovvero:

² Per "contatto stretto" si intende:

- Operatore sanitario o altra persona impiegata nell'assistenza di un caso sospetto o confermato di COVID-19, o personale di laboratorio addetto al trattamento di campioni di SARS-CoV-2.
- Essere stato a stretto contatto (faccia a faccia) o nello stesso ambiente chiuso con un caso sospetto o confermato di COVID-19.
- Vivere nella stessa casa di un caso sospetto o confermato di COVID-19.
- Aver viaggiato in aereo nella stessa fila o nelle due file antecedenti o successive di un caso sospetto o confermato di COVID-19, compagni di viaggio o persone addette all'assistenza, e membri dell'equipaggio addetti alla szione dell'aereo dove il caso indice era seduto (qualora il caso indice abbia una sintomatologia grave o abbia effettuato spostamenti all'interno dell'aereo indicano una maggiore espizione dei passeggeri, considerare come contatti stretti tutti i passeggeri seduti nella stessa sezione dell'aereo o in tutto l'aereo).

Il collegamento epidemiologico può essere avvenuto entro un periodo di 14 giorni prima o dopo la manifestazione della malattia nel caso in esame. (Fonte: Circolare Ministero della Salute n. 0005443-22/02/2020-DGPRES-DGPRES-P).

- a. la stratificazione dei casi per la gravità della presentazione clinica al momento della diagnosi;
- b. la stratificazione dei casi secondo la presenza di fattori di rischio associati ai quadri clinici più gravi;
- c. l'effettiva disponibilità delle risorse necessarie a garantire l'assistenza dei casi in sicurezza.

Come evidenziato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), al momento non esistono né vaccini né farmaci ad azione antivirale diretta contro SARS-CoV-2 pertanto gli interventi non farmacologici per il contenimento dei casi e l'accesso a terapie di supporto adeguate alla presentazione clinica dei casi sono gli unici strumenti disponibili. [6] Ad oggi non è noto se e quando saranno disponibili i farmaci ed i vaccini attualmente in corso di sperimentazione.

Le indagini epidemiologiche condotte sui cluster di infezioni associate al corrente evento epidemico suggeriscono che SARS-CoV-2 sia ben adattato alla trasmissione interumana ed abbia un intrinseco potenziale epidemico, con un tasso netto di riproduzione (*basic reproduction number*, R0) significativamente superiore ad 1 (analisi preliminari suggeriscono valori di circa 2.59). La via di trasmissione più probabile è quella da *large-droplet*. I *large-droplet* sono costituiti da goccioline di secreti (come saliva, muco) "pesanti" con diametro ≥ 5 micron. Queste "goccioline" sono generalmente prodotte da soggetti infetti ma non possono essere emesse a distanze superiori a 1 metro. Inoltre anche se inalate da soggetti suscettibili non raggiungono direttamente l'albero bronchiale fermandosi in nelle vie aeree superiori.

Tuttavia, non è ancora possibile escludere in via definitiva la trasmissione di SARS-CoV-2 anche a distanza e che particelle virali possano raggiungere direttamente le basse vie aeree in particolari condizioni. Ad esempio nel caso di pazienti con COVID-19 fortemente sintomatici (tosse starnuti) o quando gli operatori sanitari si trovano ad eseguire procedure sulle vie respiratorie di pazienti infetti (CPAP, intubazione, broncolavaggio, ventilazione meccanica).

La conoscenza delle potenziali vie di trasmissione e la valutazione individuale del livello di esposizione previsto è cruciale per definire quali dispositivi di protezione individuale utilizzare, specie in ambito assistenziale. Infatti, se la combinazione di misure di *cough-etiquette*, *droplet* e contatto sembra essere adeguata per la prevenzione del rischio in caso di contatto sociale, l'aggiunta delle misure di protezione delle vie respiratorie (filtranti FFP-2 e FFP-3 per le procedure che generano aerosol) è un intervento prudente qualora si approcci direttamente un soggetto sintomatico mentre le manovre invasive sulle basse vie respiratorie dovrebbero essere condotte da operatori sanitari protetti con tuta e PAPR (*Powered Air Purifying Respirators*). Rimangono significativi margini di incertezze sulla potenziale infettività dei casi di COVID-19 con sintomatologia sub-clinica o completamente assente.

Il 31 gennaio 2020, il Consiglio dei Ministri, sulla base delle richieste e/o valutazioni formulate dal Ministro della Salute, su proposta del Presidente del Consiglio, ha deliberato lo stato di emergenza sanitaria per l'epidemia da nuovo coronavirus, che per intensità ed estensione deve essere fronteggiato con mezzi e poteri straordinari. La decisione è stata assunta subito dopo che l'OMS ha dichiarato che questo evento costituisce un'emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale.

1.1 Azioni intraprese per istituire la sorveglianza epidemiologica e virologica di casi di COVID-19 in Italia

Con la Circolare Ministeriale "Polmonite da nuovo coronavirus (2019 – nCoV) in Cina" del 22 gennaio 2020, sulla base del Regolamento Sanitario Internazionale [7] è stata istituita la sorveglianza epidemiologica dei casi di COVID-19 in Italia sulla base delle definizioni di caso predisposte dall'OMS e delle specifiche tecniche fornite dall'ECDC ai Paesi UE/SEE ed al Regno Unito. Tutti i casi che corrispondono alla definizione di caso in Italia sono notificati entro 24 ore dalla rilevazione al Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione sanitaria, (Ufficio 5 – Prevenzione delle Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale) e all'Istituto Superiore di Sanità (Dipartimento di Malattie Infettive), tramite la registrazione su una piattaforma di sorveglianza online dedicata.

È stata inoltre definita, a seguito della stessa circolare, dal Ministero della salute e dalle Regioni e Province Autonome, una rete di 31 laboratori con capacità diagnostiche per effettuare analisi di laboratorio per casi sospetti di infezione da SARS-CoV-2 (Figura 3) secondo i protocolli indicati dall'OMS (circolare aggiornata il 22.02.2020). È stato inoltre identificato, presso l'Istituto Superiore di Sanità (WHO National Influenza Centre/NICISS), il laboratorio di riferimento nazionale per la conferma e la segnalazione all'OMS di tutti i casi di infezione da SARS-CoV-2 identificati in Italia.



Figura 3 – Distribuzione geografica dei laboratori partecipanti alla rete di sorveglianza virologica del virus SARS-CoV-2 (Fonte: Circolare MdS n. 0005443-22/02/2020-DGPRES-DGPRES-P)

COPIA

1.2 Attuale offerta assistenziale ospedaliera e territoriale

Tabella 1 – Strutture sanitarie e Posti letto per attività ospedaliera (2019)

Strutture Sanitarie e Posti letto di attività ospedaliera (2019)							
	Numero strutture		di cui pubblico	di cui privato accreditato	di cui privato non accreditato		
	2019	%					
	a=b+c+d		b	c	d		
Totale ITALIA	1.342		712	566	64		
di cui con DEA di 2o livello	176	13%	166	10	0		
di cui con DEA di 1o livello	315	23%	291	24	0		
di cui con Pronto Soccorso	232	17%	193	39	0		
di cui senza Pronto Soccorso	619	46%	62	493	64		

	Totale Posti Letto		di cui pubblico	di cui a pagamento (pubblico)	di cui privato accreditato	di cui a pagamento (privato accreditato)	di cui privato non accreditato	Totale solvenza
	2019	%						
	a=b+c+d+e+f		b	c	d	e	f	g=c+e+f
Totale ITALIA	220.916		148.537	862	63.158	5.030	3.329	9.221
di cui Malattie infettive	2.978	1%	2.843	4	131	0	0	4
di cui Terapia intensiva	5.395	2%	4.353	0	971	31	40	71
di cui Geriatria	4.106	2%	3.292	14	782	13	5	32
di cui Medicina Interna	684	0%	520	0	163	1	0	1
di cui Pneumologia	3.571	2%	3.143	7	390	28	3	38
di cui altre discipline	204.182	92%	134.386	837	60.721	4.957	3.281	9.075

Note:
 1) risultato da approfondire con le Regioni i ruoli dei DEA/PS ed i criteri di inclusione dei Posti Letto in regime di solvenza (pubblici, privati accreditati e privati non accreditati)
 2) tutti i dati sono riferiti a strutture pubbliche, private accreditate e private non accreditate
 3) per la medicina interna è stata considerata la disciplina "15 - Endocrinologia"

Fonte: Ministero della salute-HSP NSIS dati in fase di aggiornamento per la classificazione delle strutture ospedaliere con riferimento all'emergenza

Tabella 2 – Posti letto totali e solventi per discipline di attività ospedaliera (2019)

Posti Letto totali e solventi per discipline di attività ospedaliera (2019)																	
Totale Posti Letto 2019	%	di cui solvenza		Totale Posti Letto 2019	%	di cui solvenza	PL Malattie infettive	di cui solvenza	PL Terapia intensiva	di cui solvenza	PL Geriatria	di cui solvenza	PL Medicina generale	di cui solvenza	PL Pneumo.	di cui solvenza	
																	Totale ITALIA
di cui Malattie infettive	2.978	1%	4	PIEMONTE	17.838	8%	810	195	0	327	0	214	0	2.424	0	191	0
di cui Terapia intensiva	5.395	2%	71	VALLE D'AOSTA	511	0,2%	4	7	0	10	0	19	0	52	0	8	0
di cui Geriatria	4.106	2%	32	LOMBARDIA	38.964	18%	1.673	439	1	876	15	274	5	5.247	0	691	7
di cui Medicina Generale	31.264	16%	-	P.A. BOLZANO	2.208	1%	173	14	1	37	0	91	0	335	0	17	0
di cui Pneumologia	3.571	1%	38	P.A. TRENTO	2.140	1%	0	26	0	32	0	104	0	459	0	32	0
di cui altre discipline	173.602	78%	9.075	VENETO	17.862	8%	461	165	0	494	0	978	9	2.798	0	235	2
				FRIULI V.G.	4.536	2%	113	30	0	120	0	25	0	1.150	0	107	10
				LIGURIA	6.284	3%	224	142	0	180	0	86	0	974	0	136	1
				EMILIA ROM.	18.341	8%	1.034	220	0	465	16	538	0	3.209	1	278	10
				TOSCANA	12.831	6%	702	225	2	378	4	154	11	2.451	0	174	2
				UMBRIA	3.339	2%	35	32	0	70	0	48	0	565	0	65	0
				MARCHE	4.601	2%	16	63	0	115	0	119	0	698	0	117	0
				LAZIO	24.138	11%	2.552	334	0	596	25	286	1	3.044	0	242	3
				ABRUZZO	4.524	2%	156	85	0	123	0	154	0	613	0	71	0
				MOLISE	1.058	0,5%	4	3	0	30	0	0	0	161	0	0	0
				CAMPANIA	18.448	8%	574	316	0	510	11	148	0	2.121	0	346	0
				PUGLIA	12.995	6%	443	217	0	298	0	333	6	1.406	0	338	3
				BASILICATA	1.886	1%	10	36	0	49	0	63	0	186	0	76	0
				CALABRIA	5.774	3%	20	80	0	146	0	123	0	574	0	100	0
				SICILIA	17.074	8%	203	269	0	411	0	192	0	1.767	0	242	0
				SARDEGNA	5.564	3%	14	80	0	128	0	157	0	1.030	0	105	0

Fonte: Ministero della salute - Modelli anagrafici HSP NSIS

COPIA

La Tabella 3 riporta esclusivamente il dettaglio dei posti letto distinti per tipologia di isolamento nei reparti di Malattie Infettive e Terapia Intensiva.

Tabella 3 – Posti letto in isolamento nei reparti di Malattie Infettive e TI (2019)*

Regioni	P.L. Reparti Malattie Infettive con isolamento semplice	P.L. Reparti Malattie Infettive con isolamento a pressione negativa	P.L. Reparti Terapia Intensiva/Rianimazione con isolamento semplice	P.L. Reparti Terapia Intensiva/Rianimazione con isolamento a pressione negativa	Totale
Piemonte	88	89	75	19	271
Valle D'Aosta	5	2	1	0	8
Lombardia	50	180	57	25	312
P.A. Bolzano	0	14	3	3	20
P.A. Trento	8	3	1	2	14
Veneto	70	95	49	39	253
Friuli Venezia Giulia	4	17	4	3	28
Liguria	21	22	9	6	58
Emilia Romagna	251	115	13	7	386
Toscana	213	85	96	28	422
Umbria	18	0	8	0	26
Marche	32	21	8	3	64
Lazio	34	177	2	12	225
Abruzzo	8	9	9	1	27
Molise	6	3	3	0	12
Campania	209	7	23	0	239
Puglia	128	27	0	0	155
Basilicata	0	30	0	0	30
Calabria	63	13	10	0	86
Sicilia	262	55	42	11	370
Sardegna	35	7	13	2	57
ITALIA	1505	971	426	161	3063

*Dati da verificare nel dettaglio da parte delle Regioni. Fonte: rilevazione ad hoc AREU Lombardia.

COPIA

Tabella 4 – Distribuzione regionale dei PL delle strutture residenziali socio-sanitarie territoriali

	Tipologia di assistenza	
	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici
Piemonte	30.673	1.405
Valle D'Aosta	-	20
Lombardia	58.297	4.792
PA Bolzano	4.373	30
PA Trento	4.604	95*
Veneto	31.447	574
Friuli Venezia Giulia	7.843	941
Liguria	6.480	131
Emilia Romagna	16.610	2.239
Toscana	13.252	254
Umbria	2.184	135
Marche	5.604	185
Lazio	7.442	349
Abruzzo	1.812	70
Molise	60	-
Campania	1.467	444
Puglia	4.644	592
Basilicata	167	-
Calabria	2.379	349
Sicilia	1.462	298
Sardegna	1.068	186
ITALIA	201.832	13.089

Fonte: NSIS- Dati Anno 2018; * anno 2017

Tabella 5 – Distribuzione regionale dei MMG, PLS e MCA (2019)

	Totale Italia	63.009	Distribuzione regionale					
			Pediatri di Libera Scelta	N. PLS*1000 ab. 0-14	Medici di Medicina Generale	N. MMG *1000 ab.	Medici di Continuità Assistenziale	N. MCA *10000 ab
ITALIA								
Piemonte			421	7,9	3.038	0,7	440	1,0
Valle D'Aosta			16	9,7	86	0,7	7	0,6
Lombardia			1.188	8,6	6.245	0,6	937	0,9
Prov Auton Bolzano			63	7,5	279	0,5	60	1,1
Prov Auton Trento			75	9,7	361	0,7	62	1,1
Veneto			558	8,6	3.198	0,7	697	1,4
Friuli Venezia Giulia			120	8,2	873	0,7	145	1,2
Liguria			165	9,6	1.151	0,7	281	1,8
Emilia Romagna			626	10,7	2.995	0,7	466	1,0
Toscana			452	9,8	2.718	0,7	648	1,7
Umbria			113	10,2	719	0,8	223	2,5
Marche			179	9,3	1.125	0,7	320	2,1
Lazio			784	10,0	4.600	0,8	635	1,1
Abruzzo			175	10,7	1.105	0,8	333	2,5
Molise			37	10,7	264	0,9	165	5,4
Campania			765	9,1	4.297	0,7	1.462	2,5
Puglia			568	10,8	3.286	0,8	950	2,4
Basilicata			61	9,1	486	0,9	357	6,3
Calabria			268	10,4	1.604	0,8	731	3,8
Sicilia			754	10,9	4.089	0,8	1.797	3,6
Sardegna			202	11,0	1.212	0,7	972	5,9
ITALIA			7.590	9,5	43.731	0,7	11.688	1,9

Fonte: Annuario statistico 2019 dati anno 2017

2. RAZIONALE, OBIETTIVI E AMBITO DI APPLICAZIONE

Lo scopo del Piano sanitario nazionale per la risposta a un'eventuale pandemia da COVID-19 è garantire un'adeguata gestione dell'infezione in ambito territoriale e ospedaliero senza compromettere la continuità assistenziale, razionalizzando l'accesso alle cure, per garantire l'uso ottimale delle risorse.

Il presente Piano è uno strumento a supporto della riorganizzazione dell'offerta assistenziale, indispensabile per garantire la continuità dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali quando vengano superate le capacità di risposta del SSN indipendentemente dalla gravità della pandemia, in una logica di preparazione operativa e di definizione anticipata degli interventi da realizzare per far fronte in modo adeguato alla possibile evoluzione degli scenari (*emergency preparedness*).

Il Piano si applica alla fase pandemica (Figura 4) e prevede tre scenari declinati in base alla capacità del Paese di rispondere alla domanda assistenziale correlata ai diversi livelli di rischio.

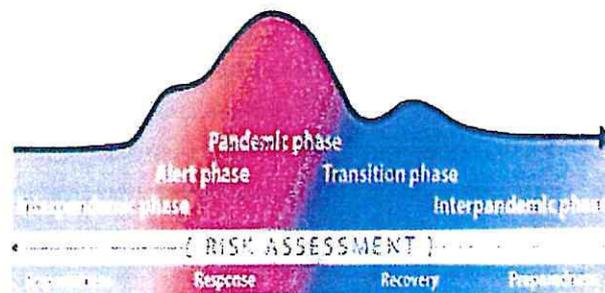


Figura 4 – Fasi pandemiche.

(Fonte: ECDC, 2017) [9]

Durante la fase pandemica, le strutture sanitarie del SSN si troveranno ad affrontare un aumento significativo della "domanda" sostenuta da nuovi casi di infezione di COVID-19. In queste circostanze sarà necessario attivare percorsi far fronte alla crescente domanda senza perdere la capacità di continuare ad erogare le altre prestazioni essenziali. Inoltre, sarà anche necessario predisporre percorsi sanitari attraverso i quali i pazienti con COVID-19 possano ricevere le cure in sicurezza. Infatti, l'esperienza con MERS (epidemia in Corea [9, 10] ed in Arabia Saudita) [11] e SARS (epidemia in Canada e Taiwan) [12, 13] ha messo in luce che, in assenza di adeguate misure di sicurezza, il ricovero dei casi di infezione può amplificare gli effetti della pandemia, anziché mitigarli, favorendo gli eventi di *super-spreading* (epidemie nosocomiali) e riducendo il personale sanitario abile (infezione dei sanitari).

Al fine di prevenire gli effetti più temibili del sovraccarico del SSN è indispensabile calcolare le disponibilità attuali e prevedere le necessità per diversi scenari in modo da armonizzare la risposta a livello nazionale. In particolare, facendo riferimento ad un modello organizzativo del tipo Hub & Spoke, è necessario programmare:

1. la disponibilità e fabbisogno di personale formato (anestesisti/riannimatori, infettivologi con profilo professionale clinico ed infettivologi con profilo professionale epidemiologico);
2. disponibilità e fabbisogno di posti letto per la degenza ordinaria ed in regime di isolamento con relativa dotazione organica e di risorse;
3. disponibilità e fabbisogno di posti di terapia intensiva ordinari e di isolamento con relativa dotazione organica e di risorse;
4. pianificare le modalità con cui gestire i casi meno gravi (senza necessità di ricovero) ed i contatti ad elevato rischio (strutture socio-sanitarie, strutture residenziali e isolamento contumaciale fiduciario a domicilio);
5. fabbisogno dei dispositivi di protezione individuale;
6. definizione della rete di riferimento per la diagnosi (laboratori e indagini strumentali);
7. definizione del fabbisogno di farmaci e macchinari necessari alla terapia dei casi gravi;
8. definizione del fabbisogno formativo per gli operatori sanitari già in ruolo.