



REGIONE TOSCANA

**Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale N° 34 del 14 Aprile 2020**

*Oggetto:*

Linee di indirizzo per la gestione del percorso COVID-19 in ambito territoriale. Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica

*Dipartimento Proponente:* DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

*Struttura Proponente:* **DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE**

*Pubblicità'/Pubblicazione:* **Atto soggetto a pubblicazione integrale (PBURT/BD)**

*ALLEGATI N°2*

*ALLEGATI:*

<i>Denominazione</i>	<i>Pubblicazione</i>	<i>Tipo di trasmissione</i>	<i>Riferimento</i>
<i>1</i>	<i>Si</i>	<i>Cartaceo+Digitale</i>	<i>allegato A.1</i>
<i>A</i>	<i>Si</i>	<i>Cartaceo+Digitale</i>	<i>allegato A</i>

## IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

Visto l'art. 32 della Costituzione;

Visto la legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante "Istituzione del servizio sanitario nazionale" e, in particolare, l'art. 32 che dispone "il Ministro della sanità può emettere ordinanze di carattere contingibile e urgente, in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria, con efficacia estesa all'intero territorio nazionale o a parte di esso comprendente più regioni", nonché "nelle medesime materie sono emesse dal presidente della giunta regionale e dal sindaco ordinanze di carattere contingibile ed urgente, con efficacia estesa rispettivamente alla regione o a parte del suo territorio comprendente più comuni e al territorio comunale";

Visto lo Statuto della Regione Toscana;

Vista la Legge regionale 24 febbraio 2005, n.40 (Disciplina del servizio sanitario regionale);

Vista la Legge regionale 29 dicembre 2003, n.67 (Ordinamento del sistema regionale della protezione civile e disciplina della relativa attività);

Preso atto della Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, con la quale è stato dichiarato, per sei mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

Richiamate l'Ordinanza del Capo del Dipartimento di Protezione Civile del 3 febbraio 2020 avente ad oggetto "Primi interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili", nonché le successive Ordinanze del Capo Dipartimento della Protezione Civile;

Visto il Decreto-Legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante "Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19", come convertito con modificazione dalla legge 5 marzo 2020, n. 13;

Richiamato, altresì, il decreto del Capo del Dipartimento di Protezione civile rep. 630 del 27 febbraio 2020 con cui il sottoscritto è stato nominato soggetto attuatore, ai sensi della citata O.C.D.P.C. n. 63/2020;

Visto il Decreto Legge del 2 marzo 2020, n. 9, recante "Misure urgenti di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19";

Visto il Decreto Legge del 9 marzo 2020, n. 14, recante "Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19;

Visto il Decreto Legge del 17 marzo 2020, n.18, recante "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.";

Visto l' "Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19" del Ministero della Salute del 25 marzo 2020;

Vista la ordinanza n.14 del 17 marzo 2020, mediante la quale sono state definite le linee di indirizzo per la gestione del percorso COVID-19 in ambito ospedaliero e peri-ospedaliero;

Visto il D.L. n.19 del 25 marzo 2020, recante “Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19.”, mediante il quale sono state emanate nuove disposizioni per contrastare l'emergenza epidemiologica da COVID-19;

Visto il D.L. dell'8 aprile 2020, n.23, recante “Misure urgenti in materia di accesso al credito e di adempimenti fiscali per le imprese, di poteri speciali nei settori strategici, nonché interventi in materia di salute e lavoro, di proroga di termini amministrativi e processuali”;

Visto il DPCM 10 aprile 2020 “Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale.”;

Preso atto dell'evolversi della situazione epidemiologica e del carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia;

Ritenuto che tale contesto, soprattutto con riferimento alla necessità di realizzare una compiuta azione di prevenzione, impone l'assunzione immediata di ogni misura di contenimento e gestione adeguata e proporzionata all'evolversi della situazione epidemiologica, individuando idonee precauzioni per fronteggiare adeguatamente possibili situazioni di pregiudizio per la collettività;

Ritenuto opportuno definire, in conformità a quanto fatto con la ordinanza n.14/2020 per la gestione del percorso COVID-19 in ambito ospedaliero e peri-ospedaliero, specifiche linee di indirizzo per la gestione del percorso COVID-19 in ambito territoriale;

Tenuto conto che, in conformità a quanto disposto al punto 7 dell'Ordinanza n. 20/2020, è stata istituita una specifica commissione, composta da esperti in materia, con il compito di definire le linee di indirizzo per la gestione del percorso COVID-19 in ambito territoriale, anche in riferimento all'assistenza dei pazienti in fase terminale e alle cure palliative.

Preso atto del documento predisposto dalla Commissione predetta, recante “Linee di indirizzo per la gestione del percorso COVID-19 in ambito territoriale”;

Ritenuto opportuno, al fine di garantire la uniforme applicazione delle linee di indirizzo, di cui al punto precedente e tenuto conto della incidenza delle stesse sull'assetto organizzativo della rete territoriale e sui percorsi di presa in carico del paziente, di disporre che le Aziende sanitarie toscane e i diversi soggetti operanti nell'ambito o in raccordo con il SSR, si attengano alle predette linee di indirizzo, a far data dalla entrata in vigore della presente ordinanza;

Preso atto che le predette Linee di indirizzo per la gestione del percorso COVID-19 in ambito territoriale, prevedono un allegato nel quale è descritto il sistema informativo unico per la emergenza da COVID -19, individuando gli applicativi e strumenti informatici regionali utili alla gestione dell'emergenza coronavirus, al fine di garantire un basamento informativo regionale unico e coerente, sia per la corretta gestione dell'emergenza che per la produzione di flussi verso il livello ministeriale;

Ritenuto che le situazioni di fatto e di diritto fin qui esposte e motivate integrino le condizioni di eccezionalità ed urgente necessità di tutela della sanità pubblica;

Ritenuto che il potere di ordinanza regionale trovi fondamento negli articoli 32 e 117, comma 3, della Costituzione oltre che negli articoli 32 della L. 833/1978 e 117 del decreto legislativo n. 112/1998;

## ORDINA

Ai sensi dell'art.32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978 n.833 in materia di igiene e sanità pubblica, le seguenti misure per le RSA, RSD o altra struttura socio-sanitaria:

1. che le Aziende sanitarie e i diversi soggetti operanti nell'ambito o in raccordo con il SSR, si attengano, a far data dalla entrata in vigore della presente ordinanza, alle "Linee di indirizzo per la gestione del percorso COVID-19 in ambito territoriale", riportate nell'allegato A e redatte dalla Commissione di esperti, di cui in premessa;
2. che la Commissione di esperti provveda a garantirne l'aggiornamento costante delle predette linee di indirizzo, in ragione della evoluzione del quadro complessivo della emergenza sanitaria in atto;
3. di prevedere che le applicazioni e gli strumenti informatici regionali, presenti nell'allegato alle Linee di indirizzo e inerente il sistema informativo unico per la emergenza da COVID -19, siano adottati da tutte le aziende ed enti regionali, precisando che qualsiasi eventuale esigenza locale dovrà essere portata all'attenzione dei competenti Settori regionali, che valuteranno eventuali personalizzazioni, laddove ritenuto necessario, e compatibili con il disegno architettuale complessivo.

### **DISPOSIZIONI FINALI**

La presente ordinanza ha validità di 90 giorni a decorrere dalla data odierna.

Le disposizioni, di cui alla presente ordinanza possono essere oggetto di ulteriori integrazioni o eventuali modifiche, in ragione dell'evoluzione del quadro epidemiologico e delle sopravvenute disposizioni normative o amministrative nazionali.

La presente ordinanza, per gli adempimenti di legge, è trasmessa:

- alle Aziende ed Enti del SSR;
- ai diversi soggetti operanti nell'ambito o in raccordo con il SSR;
- ai Sindaci del territorio toscano.

I dati personali inerenti le misure, di cui alla presente ordinanza sono trattati, in ogni fase del procedimento e da tutti i soggetti coinvolti, secondo le modalità, di cui all'art.14 del D.L. 14/2020.

Avverso la presente ordinanza è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale nel termine di sessanta giorni dalla comunicazione, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi.

Il presente provvedimento è pubblicato integralmente sul B.U.R.T. ai sensi degli articoli 4, 5 e 5 bis della legge regionale n. 23/2007 e nella banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'articolo18 della medesima legge.

Il Presidente



**Regione Toscana**

Sanità digitale e innovazione

**LEGGI CON  
ATTENZIONE**



**CORONAVIRUS**

**SISTEMA INFORMATIVO UNICO REGIONALE  
PER LA GESTIONE EMERGENZA CoViD19**



Regione Toscana

Sanità digitale e innovazione

## SISTEMA INFORMATIVO UNICO REGIONALE PER LA GESTIONE EMERGENZA COVID-19

**ATTORI** che partecipano al processo di assistenza sanitaria al paziente ed al processo di contenimento epidemia da COVID-19.



LEGGI CON  
ATTENZIONE

CORONAVIRUS  
COVID-19



Regione Toscana

Sanità digitale e innovazione

## SISTEMA INFORMATIVO UNICO REGIONALE PER LA GESTIONE EMERGENZA COVID-19

**PIATTAFORME SOFTWARE REGIONALI** che sono state integrate con lo scopo di fornire il massimo supporto automatizzato possibile agli operatori ed ai pazienti.



LEGGI CON  
ATTENZIONE

CORONAVIRUS  
COVID-19

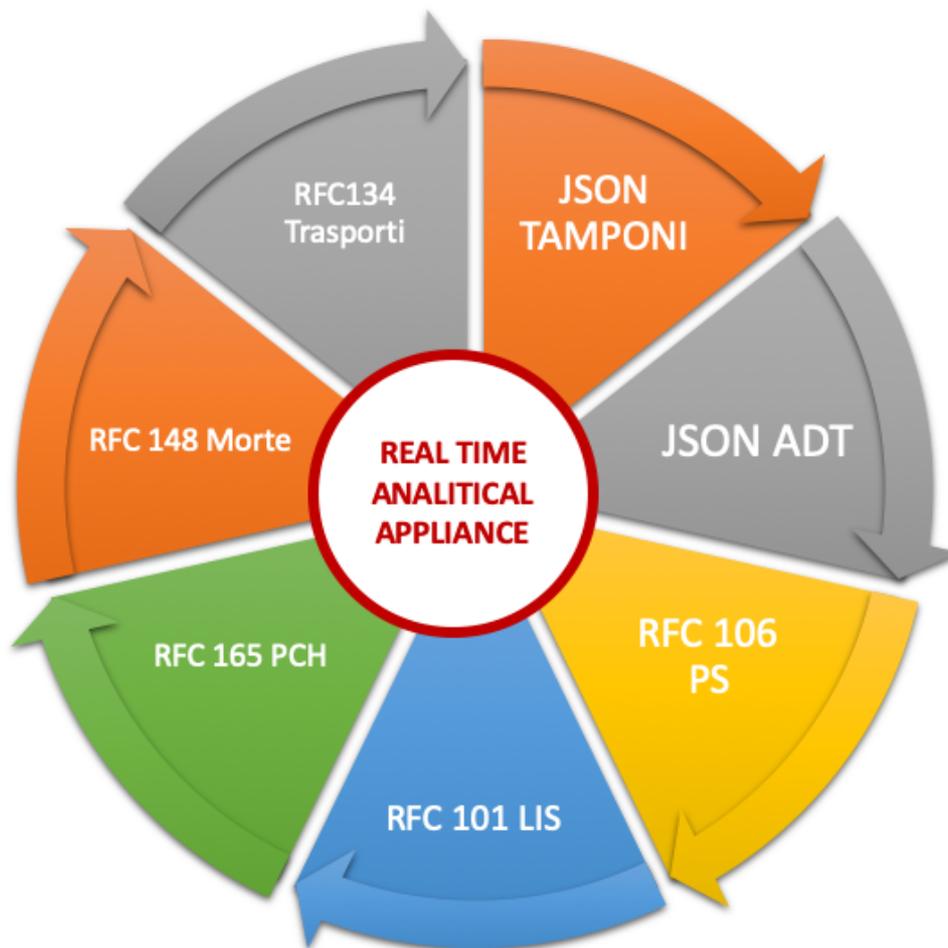


Regione Toscana

Sanità digitale e innovazione

## SISTEMA INFORMATIVO UNICO REGIONALE PER LA GESTIONE EMERGENZA COVID-19

**FLUSSI INFORMATIVI e FLUSSI REAL-TIME** per l'alimentazione  
del cruscotto regionale **eHealth BIG DATA ANALYSIS PLATFORM**



**LEGGI CON  
ATTENZIONE**

**CORONAVIRUS**  
COVID-19

## INTRODUZIONE

La seguente breve presentazione illustra tutti gli applicativi regionali utili alla gestione dell'emergenza coronavirus e tutte le fonti informative già attive od opportunamente implementate, che sono state messe completamente in inter-connesione tra di loro, in modo da offrire alle Direzioni Aziendali ed a tutti gli operatori coinvolti, un unico ambiente integrato. In particolare si è lavorato sui software di laboratorio microbiologia e virologia (e LIS in generale), sulle ADT, sul software del Dipartimento della Prevenzione, sul software territoriale ADI, sul software ACOT, sugli RFC106, 101, 165, 148, 134, 115 e 118, sul CUP2.0 e sulle ricette farmaceutiche del FSE. Questo approccio unico integrato, consente di garantire un **basamento informativo regionale unico** ed il conseguente governo coerente dell'epidemia nonché la produzione di flussi completi verso il livello ministeriale.

La ricerca e lo sviluppo di un unico sistema integrato a livello regionale, attuato in questa emergenza, deve essere considerato come elemento costitutivo della cosiddetta fase 2 di convivenza con il virus, ma anche come elemento costitutivo e fondante delle nuove modalità organizzative e gestionali del SSR del prossimo futuro.

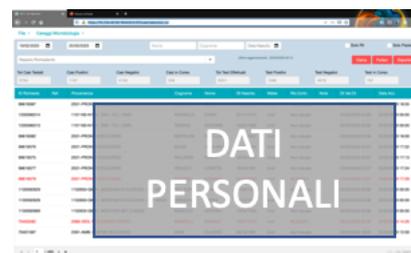
E' quindi essenziale, per tutti gli attori del sistema sanitario regionale, garantire l'adesione e l'utilizzo dei sistemi informativi messi a disposizione. Nel corso del breve-medio periodo ci sarà sicuramente l'opportunità di confrontarsi sulle necessità ulteriori di sviluppo e personalizzazione degli applicativi, nel rispetto degli standard informativi e gestionali comunque da rispettare.

## LABORATORI TAMPONI CoViD19

I **laboratori** ad oggi attivi che eseguono tamponi (Careggi, AOUS, AOUP, Meyer, Lucca, Massa, Livorno, Grosseto, Arezzo, Monasterio, privato TC ed altri) sono stati tutti dotati di una **piattaforma web** per la consultazione dei referti, annullando di fatto l'importante impegno telefonico del personale dei laboratori, per restituire le informazioni essenziali ai vari e numerosi richiedenti, compresa la disponibilità del referto. Sono stati inoltre tutti dotati di un motore per la **trasmissione real-time** automatica dei dati in Regione (JSON standard versione 1.3).



AOU Siena, Livorno



AOU Careggi, Lucca, Arezzo, Grosseto,  
Meyer, Massa, Prato



Privato (AsITC)

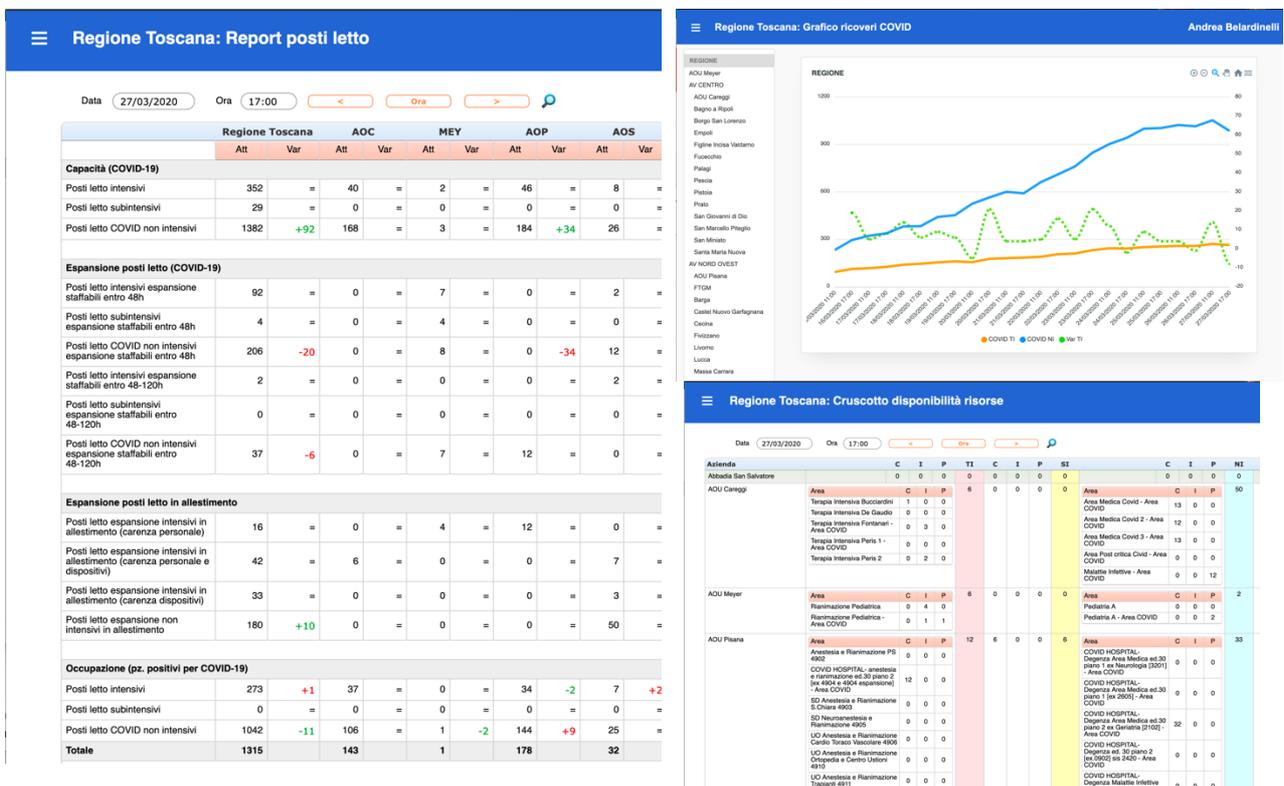


AOUP

Le Direzioni Aziendali hanno provveduto ad indicare gli utenti da profilare, sempre nel principio della minimizzazione del dato e della forte riduzione dell'interscambio ridondante di files. Il controllo dei dati e lo sviluppo dei contatori nazionali è stato condotto in forte collaborazione con il Settore **Prevenzione Collettiva**, come pure l'implementazione di SiSPC più avanti descritta. Ad oggi lo utilizzano già oltre 400 utenti dei nostri 43 presidi ospedalieri.

## PIATTAFORMA DI MONITORAGGIO RISORSE - RETE OSPEDALIERA

Presso la CROSS (Centrale Operativa Remota Operazioni Soccorso Sanitario) di Pistoia è stato attivato un cruscotto web-based per il **monitoraggio delle risorse della rete ospedaliera**, in particolare per gli ospedali CoVid19 (capacità, occupazione, espansione a 48H e 120H, in allestimento e Surge Capacity), che viene quotidianamente compilato dalle Direzioni Sanitarie.



La strutturazione del software è stata seguita dal settore **Qualità dei servizi e reti cliniche** di Regione Toscana.

## GESTIONE TERRITORIALE

Questo è il fronte dove probabilmente andremo ad affinare ulteriormente le soluzioni a breve-medio termine. Il modulo *Attività Sanitaria - Malattie infettive*, presente all'interno dell'applicativo IPN di SiSPC, è stato modificato per la gestione dei dati dell'**indagine epidemiologica** necessaria per monitorare i casi e i contatti a questi collegati, quale attività specifica di sorveglianza epidemiologica di competenza IPN, non gestita dagli applicativi Ministeriali.

Ai servizi di Igiene Pubblica (IPN) pervengono segnalazioni di soggetti che manifestano sintomi riconducibili a sospetto COVID-19 da parte dell'interessato o attraverso il proprio MMG/PdF. Sono generalmente contatti di altri casi o soggetti che comunque hanno avuto occasioni di contatto importanti. Il servizio IPN decide sulla predisposizione del tampone oro-faringeo al contatto.

Al fine quindi di essere il più tempestivi possibile nell'attivare l'indagine epidemiologica, SiSPC è ora agganciato al flusso JSON dei tamponi, precedentemente illustrato, ed è dotato di una **dashboard** per facilitare il lavoro del personale dell'Igiene Pubblica. E' stato inoltre modificato per consentire l'accesso standardizzato e sicuro, alle informazioni di loro competenza, ai **Sindaci e Prefetti**. Parimenti saranno i Sindaci e Prefetti ad occuparsi di mettere a disposizione, con le opportune modalità, le informazioni verso le strutture Comunali, di Servizi e le Forze di Polizia per garantire lo svolgimento consapevole e informato delle attività nei rispettivi territori. Analogo accesso sicuro è già disponibile per MMG e PdF e potrà essere attivato per i PS e le Direzioni Az.

SiSPC geolocalizza inoltre i casi ed i contatti, offrendo un prezioso supporto cartografico. Comunica inoltre i dati in tempo reale al cruscotto di RT (JSON).

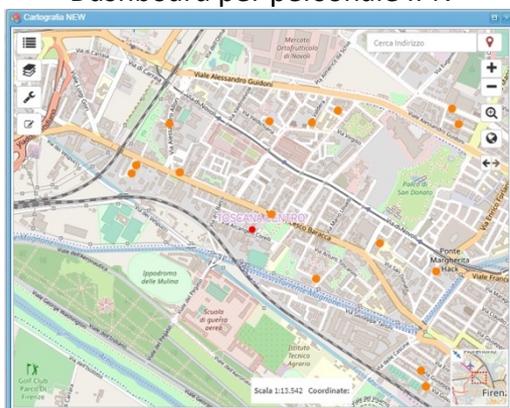


Dashboard per personale IPN

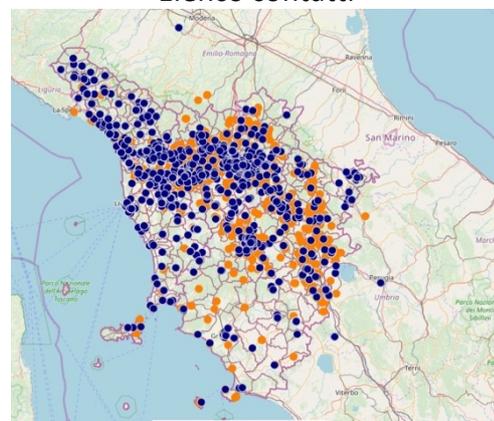
Screenshot of the 'Elenco Contatti' table. The table displays contact information including date, status, delay, contact date, telephone ID, and surname.

Normalizzato	Stato	Ritardo	Data Contatto	Telefono	ID Pratica	Cognome
		2	18/03/2020	17.26	170776	NERI
		2	18/03/2020	17.24	170776	NERI
		2	18/03/2020	15.08	170770	ANGORI
		2	18/03/2020	15.24	170764	ANGORI
		2	18/03/2020	15.28	170764	GORI
		2	18/03/2020	15.24	170764	ANGORI
		2	18/03/2020	15.24	170764	ANGORI
		1	19/03/2020	13.54	170764	CECCONI
		2	18/03/2020	15.28	170764	ANGORI
		2	18/03/2020	15.28	170763	ROSSI
		10	10/03/2020	18.04	170790	CECCONI
		2	18/03/2020	15.28	170778	GORI
		3	17/03/2020	15.38	170778	LORENZI
		3	17/03/2020	15.39	170778	BERTI

Elenco contatti



Cartografia contatti



Georeferenziazione casi e contatti

## UNITÀ SPECIALI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Come previsto dall'Art 8 Comma 1 del DL 14 del 9-Marzo 2020, le Aziende Sanitarie devono istituire le **Unità Speciali di Continuità assistenziale (USCA)**. Gli obiettivi delle USCA sono di ridurre il ricorso al Pronto Soccorso e decongestionare le Strutture Ospedaliere, effettuando in completa sicurezza controlli clinici domiciliari:

- a soggetti **COVID +** che necessitano di una valutazione clinica per gravità o presenza di comorbilità;
- a soggetti con **ILI** (sindrome simil-influenzale), che non hanno effettuato il tampone, con sintomi che necessitano di una valutazione clinica per stabilire la necessità di ricovero;
- situazioni particolari su richiesta e dopo consultazione con il medico curante.

Per quanto riguarda le **USCA** sono stati attivati tutti i supporti informatici possibili, atti a garantire la migliore e più sicura circolazione delle informazioni. E' in corso la totale convergenza dei vari impianti ASTER presenti nelle AA.SS. sulla nuova piattaforma regionale AsterCloud, ed avendo dovuto rallentare la formazione regionale sul nuovo applicativo, abbiamo attivato le attuali installazioni locali di ASTER ricorrendo a :

### 1. ASTER SINS , con nuova scheda rilevazione e monitoraggio paziente CoViD19

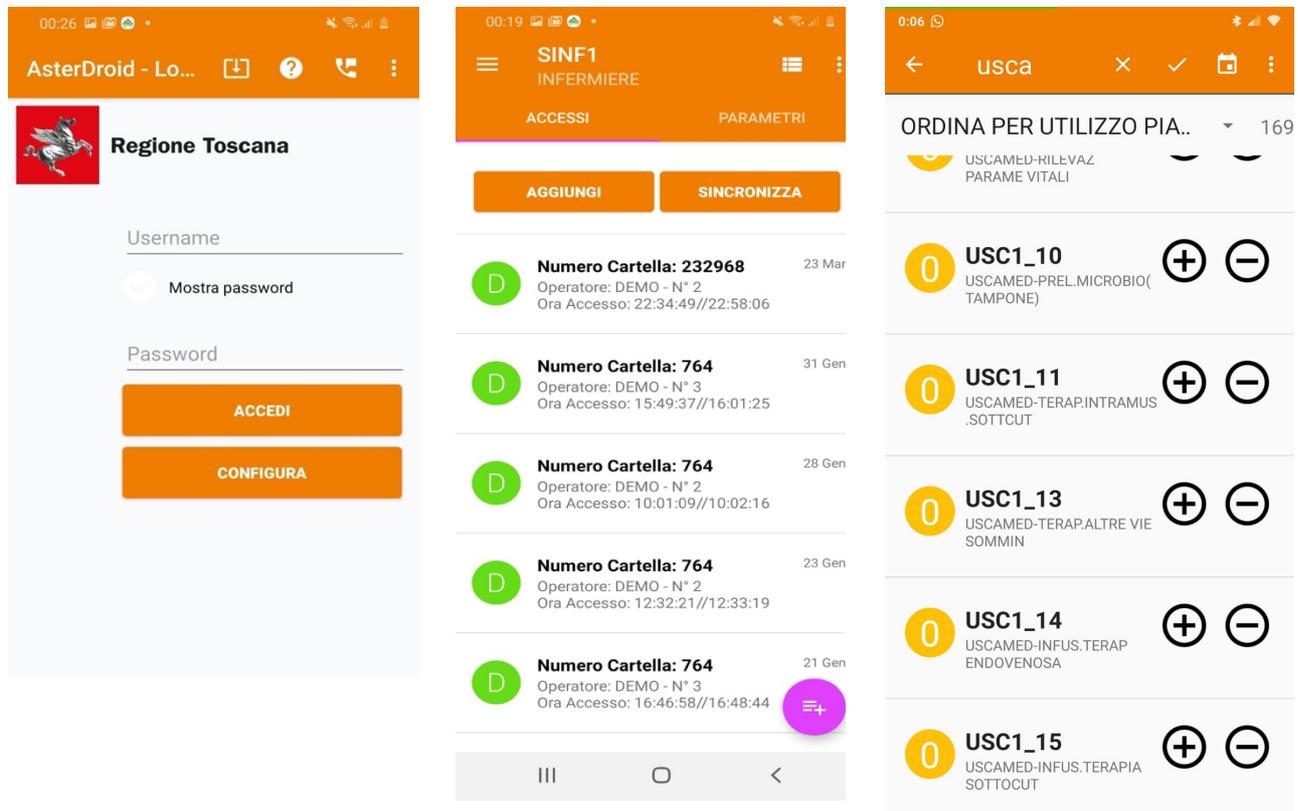
The screenshot displays the 'Contatto infermieristico più recente' window in the ASTER SINS system. The interface includes a header with the operator 'ADMIN - AMMINISTRATORE GGGG' and a 'Segnalazione' button. Below this, there are tabs for 'Principale', 'Ambulatorio', 'Anamn./Patologie', 'Uscita', 'Scale val.', 'Segnalazione', and 'Presenza in Carico'. The main area contains a form with the following fields: 'Data apertura' (10/03/2020), 'Modalità' (Assistenza Domiciliare), 'Descr. Contatto' (ADI), 'Infermiere Referente' (ADMIN AMMINISTRATORE), 'Presidio' (01031A PRESIDIO PISTOIA CENTRO), 'Inviato da/Provenienza' (FAMIGLIA), 'Tipo Utente' (ADULTO), 'Motivo(1)' (ADI), and 'Osp. Dimissione' (No). A 'Rivalutazione' button is located at the bottom of the form. On the right side, a vertical sidebar contains several buttons: 'Scheda corrente', 'Storico schede', 'Accertamento', 'Stato di salute', 'Integ. cute e mucose', 'Scale e test', 'Accessi', 'Eventi', 'Piano assistenziale', 'Storico Hospice', and 'Covid 19+'. The 'Covid 19+' button is highlighted with a red circle.

Al fine di facilitare lo svolgimento dei processi in carico ai professionisti USCA e quindi la corretta programmazione delle uscite sul territorio, è stata progettata anche una **dashboard unica regionale con rappresentazione visuale numerica e/o grafica**, e con layout adatto al singolo interlocutore che ne potrà selezionare ogni singola parte.

Tutti i dati registrati vengono trasmessi in tempo reale in Regione, tramite RFC115, al fine di produrre il relativo flusso ministeriale (che concorrerà alla griglia LEA), senza quindi perdere alcuna prestazione domiciliare effettuata.



2. la **APP** per smartphone e tablet **per infermieri e medici territoriali anche USCA** (denominata **ASTERDROID**), sono disponibili per tutti gli impianti della Toscana. Sono state personalizzate e caricate le prestazioni USCA per infermieri e medici in modo da renderle facilmente ed immediatamente registrabili, a casa del paziente, inquadrando un semplice QRCode, senza necessità di rientrare in centrale Covid ed accedere ad un PC.



A titolo di esempio si riportano i dati di attività della **USCA Sud Est** che ha iniziato ad utilizzare il sistema già a partire dal **21/03/2020**, e delle altre USCA TC e NO in fase di avvio:

TOTALE DAL 13/3/2020 h.18.00				
schede		accessi		
ADI	USCA	ADI	USCA	
ASL 7	314	331	6768	1562
ASL 8	330	238	10112	1175
ASL 9	221	252	4527	1758

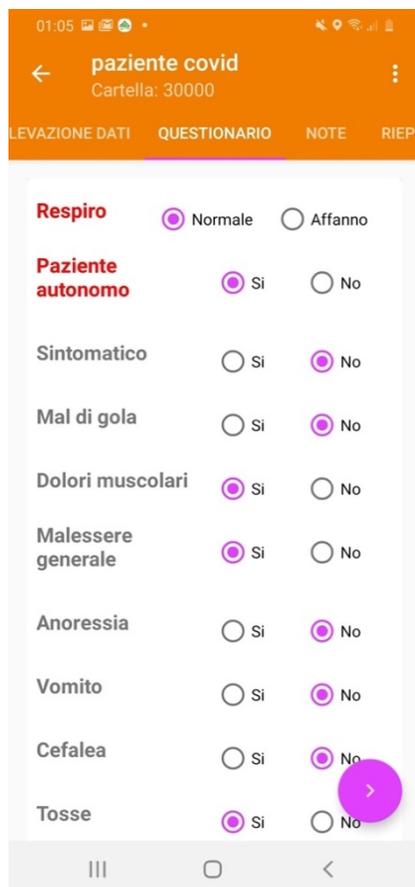
  

	SCHEDE		ACCESSI	
	ADI	USCA	ADI	USCA
ASL 3	872	40	8976	48
ASL 4	458	0	7784	0
ASL 10	1443	118	21913	130
ASL 11	262	0	5307	0

ASL	255	12	5735	9
ASL 1	255	12	5735	9
ASL 2	448	0	2539	0
ASL 5	338	0	4783	0
ASL 12	116	1	3370	0

3. **APP** per il paziente domiciliare denominata **#acasainsalute**, già disponibile sullo store Android e pronta all'uso in tutta la Regione Toscana. Questa realizzazione è per altro perfettamente in linea con il progetto "A casa in buona compagnia" in accordo con le sigle sindacali e normato nella DGRT 1614 del 23-12-2019.



La APP consente di raccogliere in autonomia alcuni semplici parametri vitali (eventualmente anche da dispositivi connessi in Bluetooth) e di rispondere ad un questionario in modo che il paziente capace e collaborante, possa in caso di quarantena, trasmettere i suoi dati in modalità auto-misura, direttamente all'interno della scheda paziente di ASTER SINS. Se il paziente acconsente è possibile anche georeferenziare il domicilio.

Tale APP, in ottemperanza all'ordinanza del Presidente della Giunta Regionale nr. 23 del 03/04/2020 relativa all'esecuzione del test sierologico per la ricerca di immunoglobuline SARS-CoV-2 IgG/IgM, verrà inoltre utilizzata per ottenere informazioni tecnico / scientifiche da utilizzare per valutazioni di intervento di sanità pubblica, in particolare:

- definizione del dato di prevalenza ad oggi della positività IgM e IgG nel personale sanitario;
- possibile utilizzo del test nelle aree a maggiore incidenza;
- valutazione dei risultati ottenuti per una proposta di utilizzo del test sierologico nella popolazione, in termini di individuazione prioritaria delle aree di interesse

## FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

Il Fascicolo Sanitario Elettronico di Regione Toscana (<http://fascicolosanitario.regione.toscana.it>), può essere uno strumento on-line quanto mai utile, in questo periodo di “dimora obbligata” in seguito al Decreto *#iorestoacasa*.

Si ricorda infatti che all'interno del FSE, per chi lo ha attivato e rilasciato i relativi consensi, è possibile visualizzare (e far visualizzare al personale medico) la storia clinica e di salute di ogni cittadino.

In particolare in questo periodo risulta quanto mai utile **consultare le ricette mediche**, che dal giugno scorso abbiamo reso disponibili ed ora, con la più tempestiva pubblicazione sul Fascicolo, realizzando quello che in gergo si chiama shortcut (ovvero senza attendere il ritorno dal SAC nazionale).

Regione Toscana Servizio Sanitario della Toscana CUP online

**LA TUA SALUTE SEMPRE AGGIORNATA E DISPONIBILE**

Un unico punto di accesso comodo, sicuro e sempre disponibile alla tua storia sanitaria, per gestire in modo semplice il proprio Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e accedere agli altri servizi di sanità digitale di Regione Toscana.

**Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)**  
I tuoi dati senza muoverti da casa.

Accedi come cittadino Accedi come medico

Fascicolo Sanitario Elettronico  
**LA TUA SALUTE SEMPRE AGGIORNATA E DISPONIBILE**

0:00 / 1:01

### Cos'è il Fascicolo Sanitario Elettronico

Tutti i contenuti nel fascicolo sanitario sono inoltre accessibili in totale immobilità dall'**App SmartSST** per tablet e smartphone.

Coscienti delle difficoltà di accesso a questi strumenti, che i cittadini potrebbero incontrare, di concerto con il *Settore infrastrutture e tecnologie di Regione Toscana*, stiamo cercando di individuare nuove modalità più snelle per attivare la Tessera Sanitaria e rilasciare le credenziali SPID.

## RICETTE ELETTRONICHE

Ulteriori interventi sono stati effettuati sul tema della **ricetta farmaceutiche**.

Il percorso è molto complesso e coinvolge numerosi sistemi informativi a livello regionale, a livello nazionale e non ultimo le numerose e diverse cartelle cliniche di ogni medico.

Ad oggi sono essenzialmente tre le azioni messe in opera:

4. invio ricetta elettronica MMG/PdF via SMS su cellulare del cittadino (attiva dal 16 Marzo)
5. invio ricetta elettronica Specialisti via SMS su cellulare del cittadino (attivo dal 23 Marzo)
6. invio ricetta rossa (DPC) via SMS su cellulare del cittadino (dal 3 Aprile)

Al fine di facilitare al massimo il processo di prescrizione è stato inoltre predisposta una **procedura straordinaria** per l'abilitazione dei medici sostituiti- che, non essendo censiti sul SAC del Ministero Economia e Finanza, non potevano emettere ricetta elettronica.

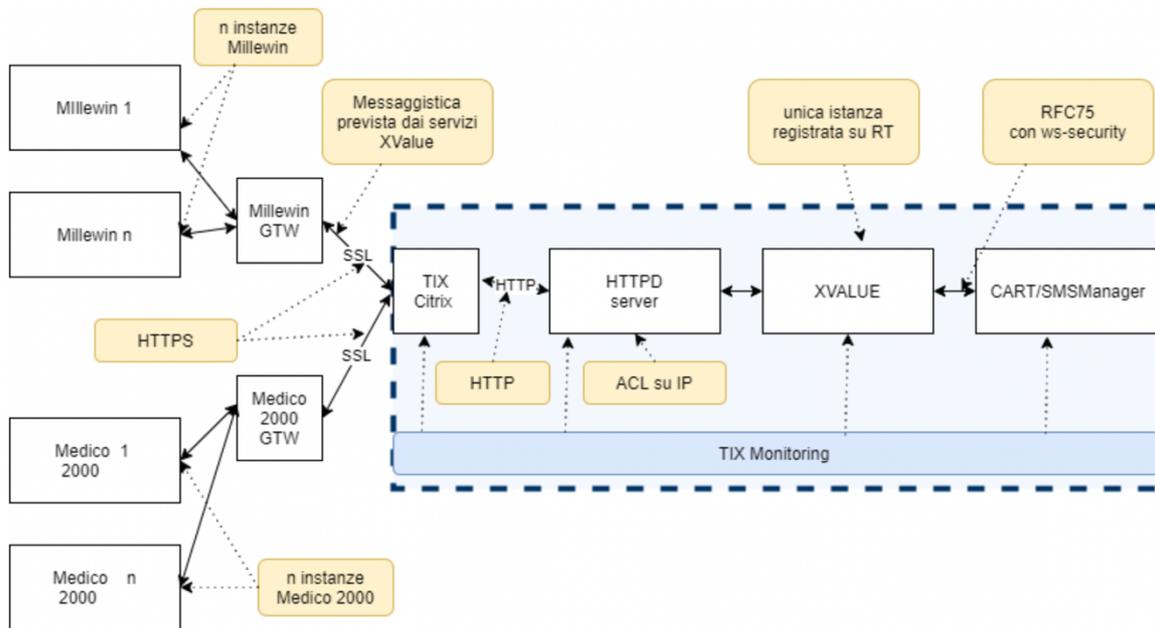
Di seguito l'elenco dei produttori di software delle cartelle cliniche dei medici (MMG e PdF) a cui è stato inviata documentazione tecnica per la integrazione di questo nuovo scenario SMS.

Aziende produttrici di SW per MMG						
Tipo	Azienda	Prodotto	Percentuale Installato al 2017	Richiesto sviluppo	Sviluppo scenario	Rilasciato credenziali
MMG	Millennium srl - Gruppo Dedalus	Millewin - Pico -Mira	78%	SI	SI	SI
MMG	Videopress srl	Perseo	7%	SI	SI	SI
MMG	Mediatec Informatica	Medico 2000	6%	SI	N.P.	SI
MMG	Danti Paolo Sviluppo Software	Doctor 2000	3%	SI	SI	SI
MMG	koinè Servizi srl	K2 - Sinapsi	3%	SI	SI	SI
MMG	EffePiEffe srl	FPF - DFD	2%	SI	N.P.	NO
MMG	CompuGroup Medical Italia spa	Profim 2000 - Phronesis - Venere	1%	SI	N.P.	NO
MMG	Ds Medica	Cartella Clinica Bracco	0%	SI	N.P.	NO
MMG	E-Shark	Faith	0%	SI	N.P.	NO
PLS	CompuGroup Medical Italia spa	Infantia2000	57%	SI	SI	SI
PLS	Sosepe	Junior Bit	42%	SI	SI	SI
PLS	Dieterba	AP Win	< 1%	SI	N.P.	NO
PLS	Ds Medica	Cartella Clinica Bracco	< 1%	SI	N.P.	NO
PLS	E-Shark	Faith K	< 1%	SI	N.P.	NO

Tutta l'infrastruttura tecnologica di Regione Toscana, a supporto dell'invio SMS, è stata realizzata presso il data-center regionale Tix nell'ambito del contratto SCT (Sistema Cloud Toscana).

Il lavoro sulla ricetta dematerializzata è stato condotto in stretta collaborazione con il Settore **Politiche del farmaco e dispositivi**.

Di seguito si riporta a titolo di esempio l'architettura del servizio:



E' stata inoltre lanciata una **campagna di solidarietà per altre Regioni italiane**, che essendo impossibilitate ad attivare analogo servizio per i loro cittadini, possono usufruire, gratuitamente (a parte il costo dell'SMS) della infrastruttura toscana che abbiamo creato presso il data-center regionale TIX, nell'ambito del contratto SCT (Sistema Cloud Toscana) ed utilizzando la sezione Sanità presso il TIX.

Si sono già interessate : Calabria, Sicilia, Umbria, FVG e Sardegna.

## TELECONSULTO E TELEVISITA

Al fine di supportare il processo connesso all'erogazione di sessioni di teleconsulto e di televisite, così come descritto all'interno della **DGRT n. 464 del 3 Aprile** verranno realizzati gli opportuni moduli applicativi da integrare nella piattaforma unica regionale già presente (HealthAdvisor).

La realizzazione sarà unica per tutte le Aziende Sanitarie, anche al fine di garantire tutti i necessari flussi di integrazione e rendicontazione e verrà attivata su un'unica infrastruttura regionale, ubicata presso il data center regionale SCT-Sanità.

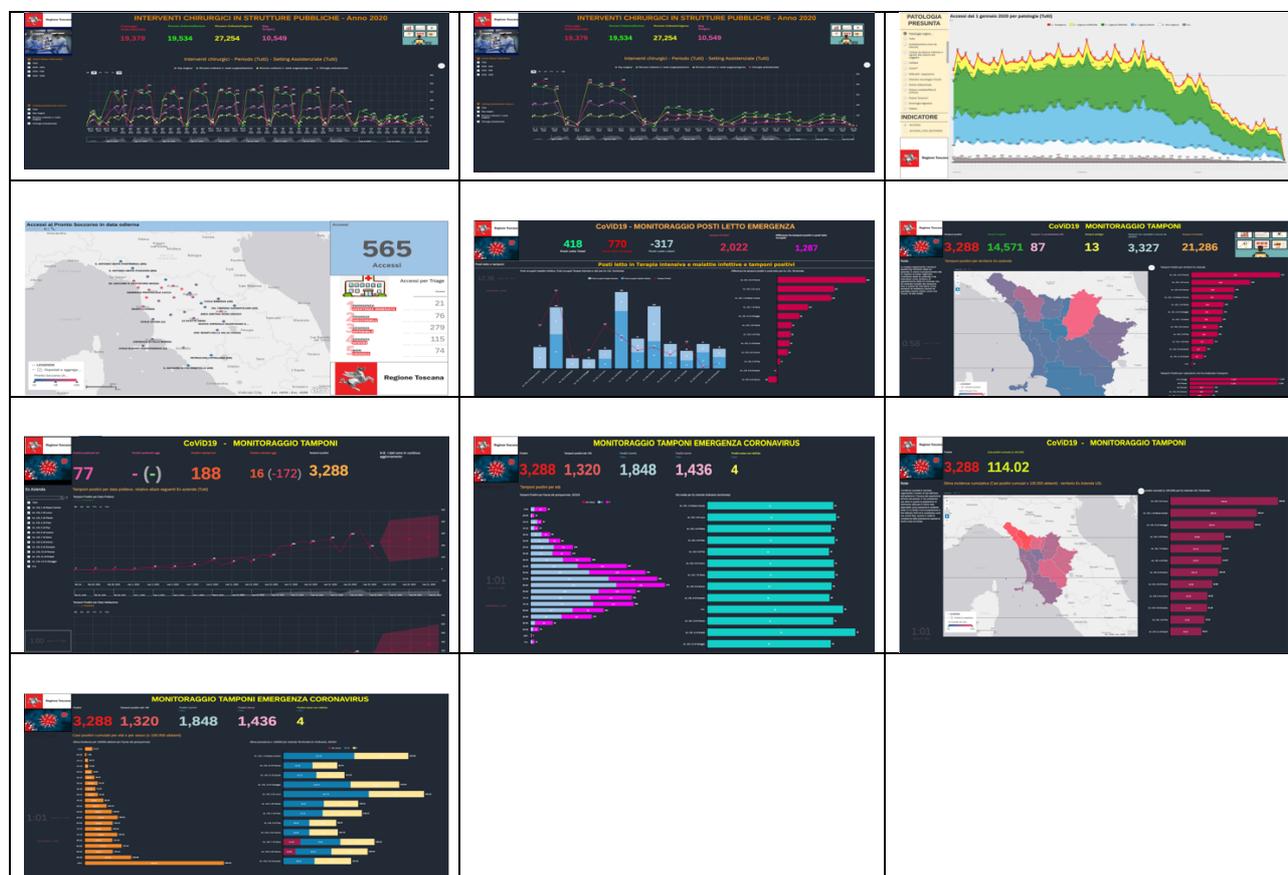
Ai fini della sicurezza e della garanzia degli aspetti etici, connessi a questa nuova modalità di erogazione telematica delle prestazioni, verranno da subito attivati presso il data center regionale strumenti di videocomunicazione in modalità on-premises.

Laddove il paziente fosse in difficoltà a reperire presso il proprio domicilio gli strumenti informatici per la televisita, verranno valutati opportuni accordi di prossimità ricorrendo alle strutture o ad enti vicini al domicilio dello stesso (Case della salute, Botteghe della salute, rete punti PAAS, ecc.).

# eHealth BIG DATA ANALYSIS PLATFORM

Si tratta della piattaforma di servizi informatizzati di elaborazione e condivisione dei dati, attivata con Delibera N. 1467 del 17-12-2018. Una Analytical Appliance altamente performante, basata su tecnologia in-memory che consente l'accesso real-time ai dati transazionali anche in grossi volumi (quello che poi diventerà a breve il DWH unico regionale, utilizzabile da tutte le AA.SS. in maniera condivisa). Attualmente è stata realizzata una **dashboard CoViD19** che è costantemente alimentata in tempo reale, da tutti gli eventi sopra descritti e dagli RFC106, 101, 165, 134 e 148.

Ad oggi pubblichiamo, ad uso della Unità di crisi e della Task Force regionale CoViD19 un cruscotto, con tutti i dati di tutto il territorio regionale, di cui si riportano solo alcune immagini a titolo di esempio:



L'acquisizione, il controllo dei dati e lo sviluppo delle dashboard è stato condotto in forte collaborazione con il Settore **Sistemi Informativi a Supporto delle Decisioni**, Ufficio Regionale di Statistica, sottogruppo Sanità e con il Settore **Sistemi informativi e tecnologie della conoscenza**.

## TUTELA DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei dati personali, ai fini della gestione dell'emergenza sanitaria da CoViD19, è stato svolto in piena aderenza con quanto richiamato nella comunicazione n 14161 del 16/03/2020 del Capo del Dipartimento della Protezione Civile Angelo Borrelli, recante "*Emergenza COVID-19. Tutela dei dati personali*".

Si ricorda inoltre che, in riferimento al trattamento dei dati personali, il Decreto Legge marzo 2020, n. 14 "Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19" all'art. 14 deroga all'applicazione delle "regole" ordinarie della normativa sulla protezione dei dati, sia GDPR che dlgs 196/2003, consentendo al comma 1 la circolazione e la comunicazione dei dati, anche particolari e giudiziari, tra tutti "*i soggetti operanti nel Servizio nazionale di Protezione civile, gli uffici del Ministero della salute e dell'Istituto Superiore di Sanità, le strutture pubbliche e private che operano nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e i soggetti deputati a monitorare e a garantire l'esecuzione delle misure disposte [...]*" e prevedendo inoltre al comma 2 "*La comunicazione dei dati personali a soggetti pubblici e privati, diversi da quelli di cui al comma 1, nonché la diffusione dei dati personali diversi da quelli di cui agli articoli 9 e 10 del regolamento (UE) 2016/679, è effettuata, nei casi in cui risulti indispensabile ai fini dello svolgimento delle attività connesse alla gestione dell'emergenza sanitaria in atto.*"

Si ringraziano per la preziosa collaborazione :

Settore *Prevenzione Collettiva*

Settore *Qualità dei servizi e reti cliniche*

Settore *Infrastrutture e tecnologie. Ufficio per la transizione al digitale*

Settore *Sistemi informativi e tecnologie della conoscenza*

Settore *Sistemi Informativi a Supporto delle Decisioni*

Settore *Politiche del Farmaco e dispositivi*

Settore *Consulenza giuridica e supporto alla ricerca in materia di salute*

Settore *Ufficio responsabile protezione dati*

*SCT-Sanità*

*ESTAR Dipartimento ICT*

*Fornitori di soluzioni ICT attivi in Toscana*



**Regione Toscana**

**Linee di indirizzo per la gestione del  
percorso COVID-19 in ambito  
territoriale**

# Indice

.....	2
.....	3
.....	4
.....	4
.....	5
.....	5
.....	7
.....	7
.....	8
.....	10
.....	13
.....	13
.....	15
.....	15
.....	16
.....	17
.....	18
.....	19

## **Gruppo di lavoro**

### **Comitato di esperti**

Elisabetta Alti, Roberto Andreini, Massimo Alessandri, Lorenzo Baggiani, Lorenzo Baragatti, Andrea Belardinelli, Francesco Bellomo, Renzo Berti, Alessio Bertini, Alessandro Bonci, Moira Borgioli, Vittorio Boscherini, Mauro Breggia, Alessandro Bussotti, Anna Canaccini, Emanuele Croppi, Simona Dei, Valdo Flori, Costanza Galli, Dario Grisillo, Giancarlo Landini, Antonella Lisi, Simone Magazzini, Daniele Mannelli, Claudio Marinai, Guglielmo Menchetti, Piero Morino, Alessio Nastruzzi, Carlo Nozzoli, Alessandro Pescitelli, Filippo Pieralli, Luca Puccetti, Mauro Ruggeri, Danilo Tacconi, Antonella Tomei, Paolo Zoppi, Alfredo Zuppiroli

### **Team di sviluppo e redazione**

Mauro Maccari, Sandra Gostinicchi, Antonio Panti, Lorenzo Righi, Maria Teresa Mechi, Andrea Belardinelli

### **Coordinatore**

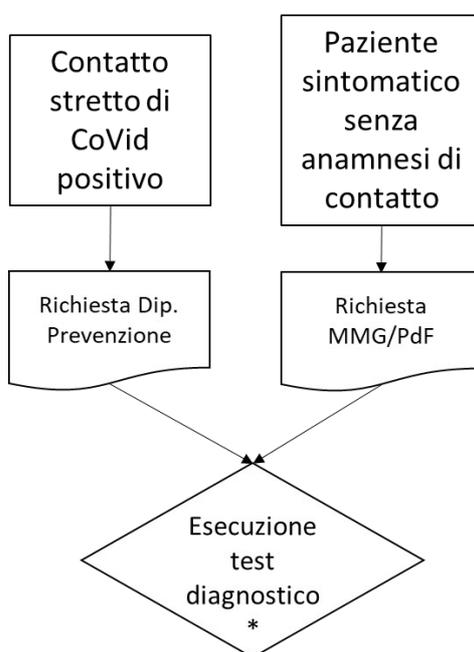
Carlo Tomassini

## Introduzione

In base a quanto disposto al punto 7 dell'Ordinanza PGR n. 20 del 29 marzo 2020, la Regione ha istituito con proprio provvedimento una specifica commissione, composta da esperti in materia, con il compito di definire le linee di indirizzo per la gestione del percorso COVID-19 in ambito territoriale, anche in riferimento all'assistenza dei pazienti in fase terminale e alle cure palliative.

## Inquadramento dei pazienti COVID positivi o negativi

E' necessario individuare precocemente i pazienti COVID positivi.



\* il test è eseguito secondo le indicazioni ministeriali e le linee guida della commissione regionale di riferimento

I pazienti sintomatici senza anamnesi di contatto sono classificabili in due tipologie:

- Paucisintomatici, che presentano sintomatologia simil-influenzale con febbre e/o paucisintomaticità respiratoria ed eventuali disturbi extra-respiratori associati (nausea e vomito, diarrea, faringodinia, congiuntivite, cefalea, rinite, emottisi, anosmia/ageusia)
- con sintomatologia respiratoria accentuata e un quadro clinico di sospetto impegno polmonare fin dall'esordio o come evoluzione di paucisintomatico.

Al momento della richiesta del test è consigliabile indicare eventuali situazioni utili a definire una priorità/tempistica di esecuzione, tenendo conto delle condizioni cliniche del paziente e del contesto lavorativo/ambientale che condiziona la necessità di una più o meno tempestiva esecuzione.

Viene demandata alle singole AUSL la definizione delle modalità organizzativa del test riguardo al setting di esecuzione (a domicilio o altre modalità organizzative quali la modalità “Drive Through” per tutti i soggetti facilmente trasportabili).

L’esito del test è reso visibile al medico richiedente, anche attraverso la consultazione di SISPC, con opportuna profilazione.

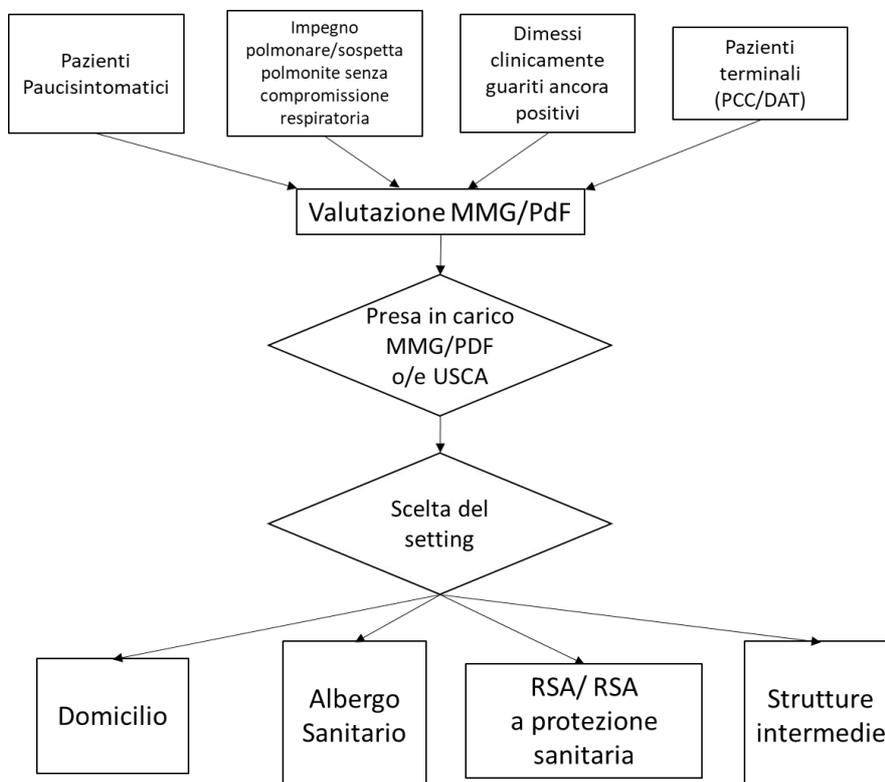
### Gestione dei pazienti paucisintomatici COVID negativi

Tali pazienti, qualora non affetti da ulteriori patologie per cui non rientranti nel percorso per i cronici trattato più avanti, vengono seguiti a domicilio dal curante secondo le modalità ordinarie. In particolare, il curante si attiva per istruire il paziente sulle corrette misure terapeutiche e comportamentali da seguire, utilizzando gli strumenti di gestione “smart” indicati nel percorso del paziente cronico. In caso di ulteriore peggioramento clinico, suggestivo di un sospetto COVID, il curante attiva l’USCA.

### Gestione dei pazienti COVID positivi

Il processo di cura è affidato al Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Famiglia (PdF) che può decidere, ai sensi dell’OPGR 20 del 29.03.2020, se:

- gestire direttamente la cura del paziente
- attivare per la gestione la Unità Speciale di Continuità Assistenziale - USCA (DGR 393 del 23.03.2020).



I pazienti COVID positivi sul territorio possono essere distinti in:

- pazienti paucisintomatici

- pazienti con impegno polmonare/sospetta polmonite, ma senza segni di compromissione della funzione respiratoria
- pazienti dimessi dall'ospedale "clinicamente guariti" (definizione ministeriale), ma ancora positivi al tampone, per il necessario periodo di convalescenza/clearance del virus e negativizzazione del tampone
- pazienti in fase terminale che rifiutano il ricovero (Pianificazione Condivisa delle Cure) o che hanno a suo tempo espresso le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) e/o che in funzione della Pianificazione Condivisa delle Cure non sono sottoposti a ventilazione invasiva e quindi tornano sul territorio per cure palliative (OPGR 20 del 29.03.2020).

I setting di presa in carico, meglio dettagliati nei paragrafi che seguono, sono:

- 1.domicilio del paziente: qualora le condizioni ambientali consentano un isolamento e/o protezione efficace degli eventuali conviventi
- 2.albergo sanitario
- 3.RSA/RSA a protezione sanitaria
- 4.strutture intermedie.

Tutte le prestazioni domiciliari incluso, ove possibile, la rilevazione dei parametri vitali, vengono registrate sulla piattaforma regionale di gestione territoriale (vedi allegato).

Le prestazioni infermieristiche nel setting domiciliare per i pazienti COVID positivi vengono prioritariamente gestite dall'infermiere dell'USCA; sarà sua facoltà avvalersi, qualora ritenuto necessario, della consulenza e/o collaborazione dei colleghi del team domiciliare.

Le prestazioni specialistiche sono garantite dagli specialisti che supportano l'USCA, come per esempio: pneumologo, infettivologo, palliativista. In particolare, per quanto riguarda le cure palliative, l'organizzazione è dettagliata nel paragrafo "Cure palliative".

Riguardo alle indicazioni terapeutiche, il medico (MMG/PdF/USCA) che ha in cura il paziente prescrive la terapia farmacologica in conformità alla OPGR 20 del 29.03.2020 e dalla OPGR 27 del 07.04.2020 e successive modifiche e integrazioni, acquisendo dal paziente il consenso informato relativo al loro uso "off label". I farmaci prescritti sono garantiti al paziente:

- mediante il canale della farmaceutica convenzionata e DPC a fronte di prescrizioni utilizzando le funzioni relative alla dematerializzazione delle ricette (NRE via SMS) o allegato a mail;
- come dotazione alle USCA ed in questo caso vengono consegnate al paziente le unità posologiche previste dall'Allegato 1 della OPGR 20 del 29.03.2020 e della OPGR 27 del 07.04.2020.

Il follow-up clinico viene assicurato dal medico che ha in carico il paziente (MMG o PdF o USCA) attraverso:

- controllo telefonico se il paziente è asintomatico o paucisintomatico;
- accessi a domicilio per i casi di maggior impegno polmonare, con frequenza definita dal medico che ha in carico il paziente in base alla valutazione dei parametri generali, di funzionalità respiratoria e delle comorbidità.

Nel corso del follow-up, il medico valuta i parametri consigliati dalle evidenze di letteratura ai fini del mantenimento sul territorio, in particolare la temperatura corporea, saturazione, pressione arteriosa e le opportune scale di deterioramento clinico.

Quando tecnicamente possibile, attua il monitoraggio dei parametri del paziente (tramite APP) ed all'occorrenza stabilisce un collegamento audio/video col singolo paziente secondo le modalità indicate in allegato.

In caso di compromissione della funzione respiratoria si provvede a contattare il 118, che opererà in conformità con le "Linee di indirizzo per la gestione del percorso COVID-19 in ambito ospedaliero e peri-ospedaliero" (Allegato A della Ordinanza 14 del 17.03.2020) e le indicazioni ministeriali. Per quanto attiene all'attivazione del 118, sarà avviato un apposito gruppo tecnico.

La guarigione viene definita attraverso l'esecuzione di due tamponi che devono risultare entrambi negativi, non prima di dieci giorni dalla scomparsa dei sintomi (guarigione clinica) perché è comunque necessario un ulteriore tempo -convalescenza- prima della negativizzazione del test e questo tempo va considerato comunque prosecuzione di malattia, da trascorrere in ambiente idoneo a continuare a garantire l'isolamento sociale. Qualora il primo tampone di controllo risulti positivo, va ripetuto non prima di altri sette giorni.

Qualora il primo tampone risulti negativo ne deve seguire un secondo a distanza di un giorno, che, se risulta anch'esso negativo permette di dichiarare la guarigione.

### **Dotazioni tecnologiche a domicilio**

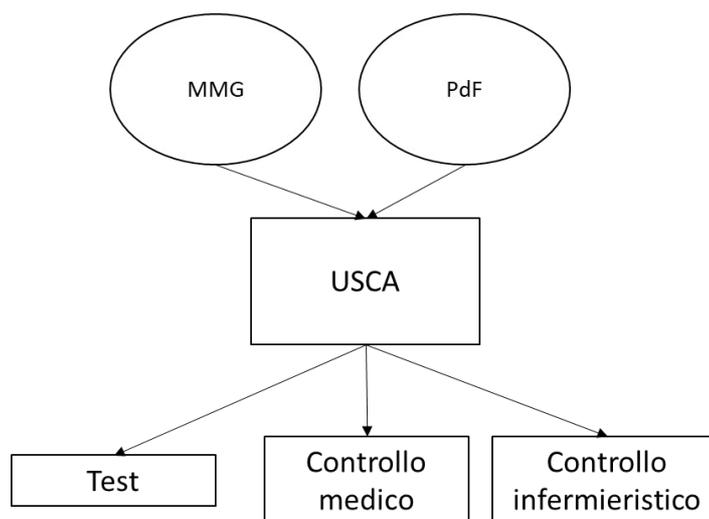
Le Aziende USL possono prevedere l'acquisto, raccordandosi con ESTAR, della strumentazione necessaria al monitoraggio, in particolare i pulsossimetri, da lasciare al domicilio dei pazienti, in RSA o presso gli alberghi sanitari per la durata della malattia.

### **Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)**

A supporto dell'attività fornita dai MMG e PdF sono state istituite con DGRT 393 del 23.03.2020, in ottemperanza all'articolo 8 del Decreto-legge 9 Marzo 2020 n.14, le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), volte ad implementare la gestione dell'emergenza sanitaria per l'epidemia da CoViD-19.

Le USCA effettuano l'assistenza per la gestione domiciliare a favore di pazienti:

- Affetti da CoViD-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero.
- Sospetti di infezione da CoViD-19



L'USCA è attivata dal MMG, dal PdF, dalla Continuità Assistenziale nei giorni festivi e prefestivi.

Ogni USCA, arruolata su base volontaria sull'intero territorio della Regione Toscana, con un numero di medici proporzionale al bisogno, opera con turni attivi diurni nelle fasce orarie 8-20. L'organizzazione è a livello della Zona-distretto, dalla cui articolazione del Dipartimento del Territorio la struttura dipende dal punto di vista organizzativo e funzionale. Il MMG e PdF possono quindi decidere, relativamente alla gestione di pazienti COVID positivi presenti sul territorio, o rispetto al primo inquadramento di pazienti con sintomatologia sospetta per Coronavirus, di affidare il paziente alla Unità Speciale di Continuità Assistenziale, che è la struttura che a livello territoriale garantisce l'assistenza domiciliare ai pazienti COVID-19, compresa l'esecuzione dei tamponi faringei.

L'USCA ed il medico curante mantengono un contatto, con modalità previste dall'organizzazione aziendale.

L'USCA sarà attivata in base alla residenza del paziente e comunque non opererà al di fuori dell'ambito zonale di riferimento.

### **Albergo sanitario**

Considerata l'emergenza rappresentata dalla diffusione pandemica di COVID-19 si rende necessario individuare strutture ricettivo-alberghiere per ospitare le persone asintomatiche o paucisintomatiche risultate positive per COVID-19 e che per condizioni socio-abitative non hanno la possibilità di permanere a domicilio in sicurezza.

L'obiettivo di questo setting è quindi garantire il doppio standard di:

- a) isolamento delle persone che per condizioni socio-abitative non possono permanere presso il loro domicilio;
- b) monitoraggio medico e infermieristico continuo di persone positive per COVID-19, al fine di individuare tempestivamente possibili segni premonitori di peggioramento clinico, nonostante la asintomaticità/paucisintomaticità al momento dell'ingresso nell'albergo sanitario.

L'albergo sanitario è una struttura ricettivo-alberghiera a norma in materia di prevenzione incendi, con certificato di agibilità e collaudo statico e con tutti i requisiti previsti per l'esercizio di tale attività. Integra le proprie funzioni implementando una rete di collegamenti ai servizi sanitari di riferimento per eventuali consulenze e/o supporto.

Per avere accesso all'ospitalità e ai servizi della struttura occorre:

- positività accertata per COVID-19;
- asintomaticità o paucisintomaticità: condizione clinica compatibile con la permanenza a domicilio;
- requisiti socio abitativi non idonei al mantenimento in sicurezza del necessario isolamento.

**Ad ogni paziente COVID + asintomatico o paucisintomatico che non necessita di ricovero, al momento della notifica della positività, viene offerta la possibilità di alloggiare presso un albergo sanitario, spiegando i motivi di questa opzione e le caratteristiche di sorveglianza sanitaria garantita, per tutta la durata della infettività.**

**In caso di rifiuto questo deve essere registrato dagli operatori sanitari con apposita dichiarazione firmata dal soggetto, utilizzando il modulo di cui all'Allegato A dell'OPGR 29/20 e successive integrazioni e modifiche.**

Alla struttura si accede:

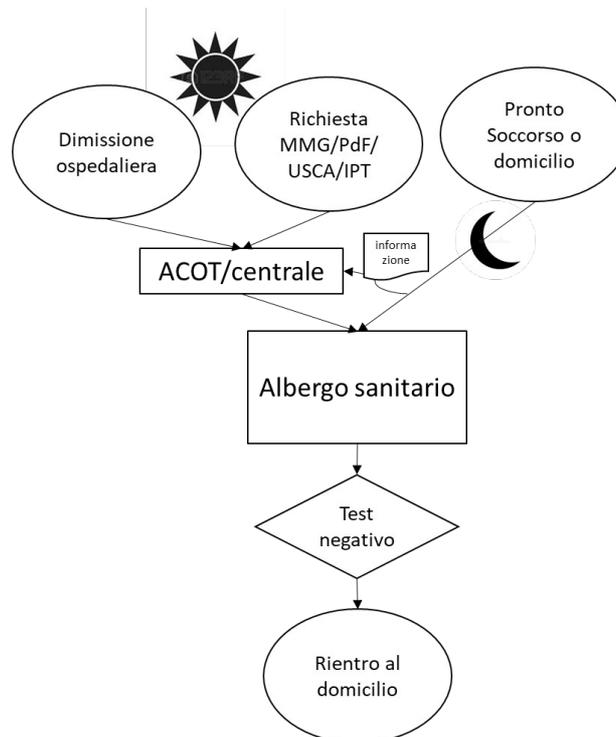
1. In orario diurno con accesso programmato per:

- Dimissione ospedaliera e relativa attivazione ACOT o di altra centrale di coordinamento individuata a livello aziendale;
- Segnalazione ad ACOT/centrale di coordinamento individuata a livello territoriale, da parte di MMG/PdF/USCA/servizio di Igiene Pubblica

1. In orario notturno per:

- Invio dal Pronto Soccorso o da domicilio in situazioni selezionate, che saranno poi notificate all'ACOT.

La tipologia di attività sanitaria è riconducibile all'assistenza domiciliare nelle sue diverse modalità ed espressioni. A tal fine i soggetti ospiti individuano la struttura come propria reperibilità sanitaria.



L'attivazione di ACOT avviene attraverso segnalazione alla mail dedicata.

L'albergo sanitario è dotato di camere individuali con accesso a bagno personale. Prima del primo ingresso, la struttura effettuerà operazioni di manutenzione dei condotti e pulizia dei filtri del sistema di aereazione meccanica a servizio dei locali. La struttura deve inoltre garantire il comfort microclimatico secondo normativa vigente.

Gli spazi dovranno avere la possibilità di creare una o più separazioni, con percorsi appositi per le persone e per il personale di servizio.

La struttura dovrà prevedere un ingresso unico per tutte le persone, con passaggio obbligato attraverso una postazione di accettazione alberghiera (in collegamento diurno con ACOT, la quale comunica con i servizi territoriali) opportunamente fornito di DPI

(secondo normativa vigente) che verifica i dati anagrafici precedentemente inviati e ne predispone l'accompagnamento in stanza.

Il supporto-accompagnamento è curato da personale alberghiero opportunamente fornito di DPI (secondo normativa vigente), che accompagna le persone alla stanza dedicata.

La presa in carico e la valutazione degli esiti del monitoraggio diurno delle condizioni cliniche della persona sono affidate al MMG/PdF, con possibilità di attivazione USCA, quando la struttura è inserita nell'ambito territoriale di competenza. Negli altri casi (struttura non inserita nell'ambito territoriale di competenza o persona senza MMG/PdF) la persona sarà in carico all'USCA di riferimento.

È garantito il monitoraggio infermieristico (condizioni generali, temperatura, saturazione, sintomatologia) diurno e almeno giornaliero dei casi.

È garantito il monitoraggio medico telefonico giornaliero, che è affidato al MMG/PdF, che può avvalersi dell'attivazione dell'USCA di riferimento per proiezioni all'interno della struttura.

Eventuale necessità di raccordo sanitario notturno sarà garantita tramite i consueti contatti con la Continuità Assistenziale, dotata appositamente di saturimetri. In caso di urgenza i percorsi sono quelli garantiti dalla struttura del 118.

La gestione logistica della struttura, in caso di necessità, può prevedere il supporto del dipartimento della protezione civile.

I percorsi interni sono separati e distinti fra "sporco" e "pulito".

E' previsto un servizio di sanificazione, con personale appositamente dedicato in gestione diretta e/o esternalizzata, che attui procedure di igiene ambientale idonee.

Visto il contesto di isolamento a cui sono sottoposte le persone ospitate in albergo, occorre prevedere una modalità di supporto per consentire alla persona l'acquisizione di farmaci, previsti da relativa prescrizione medica. Qualora necessario, con il supporto del dipartimento della protezione civile, eventuale presidi/farmaci vengono consegnati attraverso gli stessi sistemi della normale quarantena domiciliare.

Non sono permesse visite esterne. Il personale alberghiero di supporto dovrà provvedere ad individuare modalità di consegna, di effetti personali da parte dei familiari della persona.

L'occupazione degli spazi comuni da parte delle persone ospitate non è permessa.

Devono essere garantiti i servizi:

- Alberghiero. Nel momento della pulizia della stanza il paziente potrà uscire dal locale mantenendo le precauzioni previste nei confronti del personale e di eventuali altri ospiti.
- Lavanderia. Il servizio di lavanderia dovrà essere atto a garantire adeguate norme igieniche previste per il contesto pandemico.
- Ristorazione. Il servizio dovrà prevedere la consegna del pasto in camera con materiale monouso.
- Sorveglianza ambientale.
- Monitoraggio sanitario (vedi in seguito).
- Supporto Tecnologico specifico.
- Defibrillatore BLSD.
- DPI secondo normativa vigente per le persone ed il personale di servizio e personale sanitario.

- Comfort per le persone (es. connessione wifi, televisione).
- Saturimetri e termometri a disposizione del personale sanitario.
- Kit di dotazione individuale (termometri).
- Se disponibili, dispositivi indossabili (wearable) di supporto al monitoraggio sanitario.
- Se disponibile, dispositivi videoterminale che permettano televalutazioni.

Potrà inoltre essere attivato, previa indicazione del MMG/PdF/USCA:

- supporto telefonico per educazione sanitaria
- supporto telefonico per automonitoraggio dei sintomi
- televalutazione della persona per monitoraggio dei sintomi
- verifica attivazione percorso per accertamento dello stato di positività per COVID-19 /tamponi al fine di individuare tempestivamente la possibilità rientro a domicilio.

Il requisito per il rientro a domicilio è l'accertata negatività a COVID-19, come già descritto nel paragrafo "Gestione dei pazienti COVID positivi".

Deve essere prevista una gestione complessiva della dotazione di posti a livello aziendale per garantire l'attivazione dei servizi previsti da contratti.

La gestione operativa dei posti letto sarà a carico delle articolazioni zonali, che si organizzeranno per la parte di monitoraggio sanitario con MMG/PdF/CA, ACOT, USCA di riferimento e i servizi infermieristici territoriali.

### **Percorso COVID-19 Low care-cure intermedie**

In base a quanto disposto al punto 6 dell'Ordinanza PGR n. 18 del 25 marzo 2020, a fronte della necessità di liberare rapidamente posti letto degli ospedali per acuti, occorre mettere a disposizione del sistema sanitario regionale un numero adeguato di posti letto per la post-acuzie da utilizzare per la dimissione di pazienti COVID dagli ospedali per acuti.

Può essere previsto inoltre un percorso rivolto a pazienti COVID provenienti dal territorio con le caratteristiche del setting 3 "Residenzialità assistenziale intermedia" come definite dalla DGRT 909/2017.

Il percorso assistenziale dei pazienti affetti da coronavirus può essere modulato con il ricorso a setting diversificati per intensità di cure all'interno dell'ospedale e in continuità ospedale territorio.

I pazienti in degenza nelle aree COVID, superata la fase acuta e comunque qualora evidenzino un chiaro trend di miglioramento, possono avere necessità di ulteriore assistenza 'low care' se il quadro clinico e le difficoltà assistenziali non consentono il rientro a domicilio.

Una modalità organizzativa per questa fase di assistenza, laddove possibile, è quella erogata da moduli Low-Care, realizzati in aree dedicate all'interno di ospedali o in strutture extraospedaliere.

Il trasferimento presso aree/strutture COVID di cure intermedie o riabilitazione in nuclei dedicati, assicura la massima fruibilità dei posti letto degli ospedali per acuti per i pazienti COVID livello 2 e 3 come individuati nel documento tecnico Allegato A dell'Ordinanza PGRT n.14/2020.

Possono essere individuati anche percorsi clinici specifici per la gestione di pazienti presso le strutture di cui ai punti A e B direttamente dal Pronto Soccorso.

La dimissione dalla Low Care COVID avviene quando il paziente è ulteriormente stabilizzato, afebrile e con walking test normale (nei casi in cui può essere effettuato).

Il criterio è esclusivamente di valutazione clinica senza considerare la guarigione virologica previo tampone, che sarà eseguito nei tempi e nei modi opportuni.

Dalle Aree Low Care COVID i pazienti possono essere allocati tramite le ACOT:

- a domicilio, se vi sono le condizioni ambientali e socio-sanitarie per poterlo inviare
- alberghi appositamente dedicati per pazienti stabili ma con problemi abitativi
- strutture socio-sanitarie con percorso C RESIDENZIALITA' ASSISTENZIALE INTERMEDIA per pazienti COVID+.

Di seguito vengono riportati criteri guida per l'individuazione del setting appropriato.

A. Criteri di elegibilità di pazienti in dimissione per strutture con requisiti corrispondenti alla tipologia D6 del Regolamento n.79R/2017

PARAMETRI CLINICI

Saturazione	>94% da almeno 48h con FIO2 <32% >90% da almeno 48h con FIO2 <32% per i pazienti con patologia respiratoria cronica
e/o	
P/ F	in aria ambiente >250 o P/F in ossigenoterapia >300
FR	<22 a riposo
Dispnea	assenza dispnea a riposo
Assenza di NIV e/o HFNC Svezziati da	da oltre 72 h
Stabilità emodinamica	In assenza di supporti farmacologici

MODELLO ORGANIZZATIVO

assistenza medica (internista, geriatra o equipollente)	sulle 24 H
assistenza infermieristica e OSS	continuativa sulle 24h
personale di riabilitazione	modulato in base alle esigenze

B. Criteri di elegibilità di pazienti in dimissione per strutture con requisiti corrispondenti alla tipologia D7 del Regolamento n.79R/2017

PARAMETRI CLINICI

Saturazione	>94% da almeno 48h con FIO2 <=28% >90% da almeno 48h con FIO2 <=28% per i pazienti con patologia respiratoria cronica
e/o	
P/ F	in aria ambiente >250 o P/F in

	ossigenoterapia >300
FR	<20 a riposo
Dispnea	assenza dispnea a riposo
Paziente che non ha effettuato CPAP e/o NIV e/o HFNC durante il ricovero	
Stabilità emodinamica	In assenza di supporti farmacologici

#### MODELLO ORGANIZZATIVO

assistenza medica (internista, geriatra o equipollente)	30 h settimanali
assistenza infermieristica e OSS	continuativa sulle 24h
personale di riabilitazione	modulato in base alle esigenze

Per i pazienti provenienti dal territorio vengono dedicate le strutture corrispondenti al setting 3 della DGR 909/17.

C. Criteri di eligibilità di pazienti provenienti dal territorio per strutture con requisiti corrispondenti al setting 3 "RESIDENZIALITA' ASSISTENZIALE INTERMEDIA" della DGRT 909/2017

- Pazienti COVID positivi paucisintomatici che richiedono un livello di assistenza non erogabile a domicilio né in albergo sanitario
- Pazienti COVID positivi o sospetti positivi, asintomatici per la malattia da COVID, ma con condizioni cliniche per altra patologia che richiedono un'assistenza non erogabile a domicilio o in albergo sanitario, ma che non rendono necessario il ricovero in ospedale per acuti

Questo percorso può essere attivato da parte del MMG, in collaborazione con il team USCA, o in dimissione dalle strutture di cui ai punti A e B.

#### MODELLO ORGANIZZATIVO

assistenza medica	MMG che si avvale della consulenza specialistica programmata e della collaborazione con medico di continuità assistenziale/USCA
assistenza infermieristica e OSS	continuativa sulle 24h
personale di riabilitazione	modulato in base alle esigenze

#### **Il paziente COVID in RSA e in RSA con protezione sanitaria**

Il paziente COVID in RSA deve essere assistito secondo quanto indicato dalla OPGR 21 del 29.3.20 e dalla OPGR 28 del 06.04.20. Può essere attivato, a richiesta dei curanti degli ospiti COVID positivi il supporto dell'USCA di riferimento territoriale.

Gli ospiti di RSA positivi al COVID 19, dovranno essere presi in carico dal Servizio sanitario regionale utilizzando il percorso assistenziale più appropriato. Per il paziente asintomatico o paucisintomatico saranno attivati i livelli di cura e assistenza previsti per le cure intermedie.

L'Azienda sanitaria può decidere, d'intesa col gestore privato, di gestire l'intera RSA trasformata in una struttura completamente dedicata all'accoglienza e cura di ospiti positivi al COVID.

In ogni caso le RSA dovranno:

- agli ospiti di nuovo ingresso, oltre alla normale verifica da effettuarsi a cura degli operatori della struttura, per rilevare lo stato di salute e l'eventuale sussistenza di un rischio espositivo, effettuare il tampone;
- formare il personale addetto all'assistenza sulle misure di prevenzione e prima gestione dei pazienti COVID

I MMG afferenti ad ogni singola struttura residenziale si potranno organizzare in turni di visita che riguardino tutti gli ospiti, in modo che ci sia l'accesso limitato ad un'unica figura di MMG all'interno della struttura, di riferimento per tutte le necessità clinico assistenziali. Tale presenza coinvolge tutti i MMG afferenti ad ogni singola RSA e sarà a rotazione settimanale.

## **Cure palliative**

Le complicanze della malattia da COVID-19 provocano un'insufficienza respiratoria progressivamente ingravescente e potenzialmente letale, che produce gravi o gravissime sofferenze psico-fisiche legate a sintomi quali: dispnea grave fino all'asfissia, ingombro secretorio, ansia, angoscia, confusione mentale, agitazione psicomotoria e senso di morte imminente. Un attento monitoraggio di questi sintomi, anche nei pazienti non ancora in ventilazione meccanica, può aiutare il paziente a tollerare manovre cliniche e assistenziali (ventilazione non invasiva, posizionamento laterale o prono) con miglioramento anche prognostico.

Soprattutto nei malati, per i quali comunque non è indicata la ventilazione meccanica, è una buona pratica clinica, oltre che un dovere etico, deontologico e giuridico, un'attenta valutazione ed un rigoroso trattamento di tali sintomi, al fine di ridurre al massimo le sofferenze, soprattutto nella fase finale della vita. Pur tenendo conto della grave situazione di emergenza clinico-organizzativa prodotta dalla pandemia in atto, in tutti i setting di cura intra- ed extra-ospedalieri devono essere attuati i trattamenti farmacologici ed assistenziali possibili, mirati al controllo della sofferenza secondo i dettami della Medicina Palliativa, compresa, in caso di sintomi refrattari, la sedazione palliativa profonda.

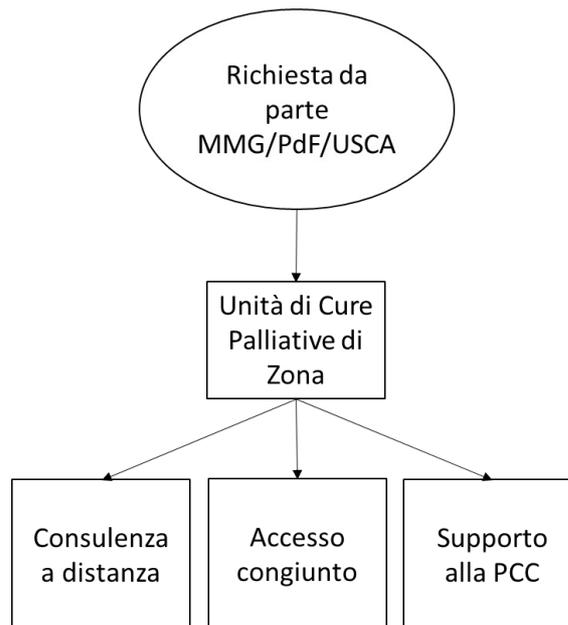
Laddove l'équipe curante non disponga delle competenze necessarie al controllo delle sofferenze, è possibile ed opportuno richiedere una consulenza o un supporto, anche a distanza, alle strutture afferenti alla Rete Locale di Cure Palliative.

Tenendo conto della progressione drammaticamente rapida ed ingravescente della sintomatologia, in particolare di quella respiratoria, è indispensabile prevedere percorsi rapidi e semplificati per favorire l'attivazione dell'approccio palliativo. In questo senso è raccomandato la disponibilità e l'accessibilità per l'équipe curante dei farmaci raccomandati per la gestione dei sintomi.

In ogni Zona-distretto viene individuata l'Unità di Cure Palliative di riferimento per gli operatori dedicati all'assistenza dei pazienti COVID-19, che mette a loro disposizione un numero di telefono cellulare attivo dalle 8 alle 20.

Tramite questo contatto vengono fornite le seguenti prestazioni:

- Consulenze a distanza su problematiche cliniche e assistenziali
- Programmazione, in caso di situazioni complesse, di eventuali accessi congiunti, con il medico richiedente, con DPI previsti dalla normativa in atto, per valutazione e gestione clinica/assistenziale dei sintomi, compreso, in presenza di sintomi refrattari, supporto tecnico e farmacologico per la sedazione palliativa profonda.
- Supporto clinico relazionale per la Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC), eventualmente con la possibilità di attivazione di un percorso di supporto psicologico per il malato e i suoi familiari, da concordare secondo i modelli organizzativi locali, anche sfruttando tecnologie di comunicazione telematica.



L'Unità di Cure Palliative registrerà queste attività nel sistema di monitoraggio (ASTER) come prestazioni occasionali nel caso di consulenza a distanza, come presa in carico ed apertura di cartella clinica in caso di prestazione a letto del paziente.

Queste prestazioni sono attivabili in tutti i setting assistenziali, territoriali (domiciliari e residenziali) e di degenza secondo dettagli operativi definiti in ogni singola Zona.

Per quanto riguarda la normale assistenza domiciliare ed in hospice, garantita dalla Rete di Cure Palliative regionale, i percorsi di attivazione e presa in carico a livello base e specialistico non sono modificati, fatte salve le norme di sicurezza delle procedure, l'uso dei DPI secondo quanto previsto dalle attuali specifiche normative nazionali e regionali e l'esecuzione di un tampone all'accesso in hospice.

### **Attività dei medici di Assistenza Primaria e dei Pediatri di Famiglia**

L'attività dei medici di Assistenza Primaria e PdF viene svolta seguendo la consueta disponibilità nei propri studi.

L'attività ambulatoriale viene svolta con modalità di accesso programmata e regolata, ai sensi delle OPGR vigenti. In particolare, per poter accedere alle visite ambulatoriali dovrà essere stabilito un contatto telefonico con il medico o personale di segreteria opportunamente istruito.

Il medico potrà adottare sistemi di contatto con i pazienti anche attraverso sistemi audiovisivi/videochiamata ricorrendo alla piattaforma regionale e utilizzerà sistemi di invio della ricetta elettronica in modo telematico utilizzando il sistema regionale di trasmissione attraverso SMS, oppure tramite invio a mezzo email compatibili con l'articolo 1 dell'ordinanza OCDPC 651 del 19.3.20.

Le visite dovranno essere programmate con un intervallo di tempo fra l'una e l'altra e, laddove possibile, anche con spazi dedicati, al fine di garantire una adeguata distanza di sicurezza (DGR 394/20). Il paziente deve in tal caso indossare una mascherina chirurgica e, nel caso ne fosse sprovvisto, deve venirne dotato per l'accesso alla visita. Il medico deve indossare idonei DPI.

All'attività ordinaria si aggiunge anche, per il periodo pandemico, la contattabilità telefonica. Il medico sarà infatti contattabile dalle ore 8 alle ore 20 di ogni giorno, quindi anche nei giorni di sabato e festivi, per consultazioni in merito alle problematiche legate alla pandemia (DGR 394/20).

Deve essere prevista la tutela del personale di segreteria dello studio medico tramite l'utilizzo di DPI e di schermi protettivi nello spazio della ricezione.

Si deve provvedere a una sanificazione dell'ambiente e alla pulizia giornaliera dei locali

### **Attività della Continuità Assistenziale**

Il primo contatto con il cittadino è il consulto telefonico. Se dopo contatto telefonico il medico ritiene sia opportuno far accedere il cittadino per una visita, al paziente viene fornita una idonea mascherina e il medico indossa i DPI previsti dall'OPGR 20 del 29.03.20.

La ricettazione avviene attraverso l'invio di un NRE sul cellulare del paziente che ne faccia richiesta. La continuità assistenziale è, come anche al di fuori del periodo pandemico, abilitata solo alla prescrizione di farmaci il cui utilizzo sia di comprovata necessità e/o urgenza e non differibile di 24/48 ore, tempo in cui il paziente potrà rivolgersi al proprio medico di famiglia.

Le visite domiciliari, se motivate e pertanto sottoposte al giudizio medico, sono effettuate con l'utilizzo dei DPI previsti dall'OPGR 20 del 29.03.20.

Per i pazienti già seguiti dal proprio medico di famiglia per patologie tipo ILI, in caso di peggioramento viene attivata l'USCA competente per territorio nei giorni prefestivi e festivi oppure, nel caso sia ritenuto necessario per l'aggravarsi del quadro clinico, l'attivazione diretta del 118.

### **Percorso per i pazienti non COVID ultra 75 o cronici o dimessi dall'ospedale che necessitano di continuità assistenziale sul territorio**

Nel corso di una pandemia si devono mettere in campo meccanismi che garantiscano ai cittadini da un lato la prevenzione del rischio infettivo e dall'altro la garanzia di una continuità dell'assistenza ai pazienti cronici, fragili o dimessi dagli ospedali.

Tali pazienti sono prevalentemente anziani e pluripatologici e in parte già in carico all'assistenza domiciliare.

L'obiettivo è quello di garantire un'assistenza sociosanitaria di pari livello facendoli muovere il meno possibile dal proprio domicilio anche attraverso l'implementazione e l'utilizzo di sistemi «smart».

Qualora il paziente sia un sospetto COVID-19, il MMG o il PdF decide, se adeguatamente fornito di DPI, se prendere direttamente in carico il paziente o se contattare il medico USCA di riferimento, al fine di avviare il paziente al percorso assistenziale più adeguato alle sue condizioni cliniche e assistenziali.

Qualora sia escluso il sospetto di positività, il MMG o il PdF valuta la possibilità di gestire il paziente tramite telemonitoraggio.

Nel caso in cui questo sia possibile, il medico attiva un piano assistenziale personalizzato che potrà prevedere sulla base dei singoli bisogni:

- telemonitoraggio anche attraverso sistemi audiovisivi/videochiamata ricorrendo alla piattaforma regionale
- assistenza programmata o ADI qualora sia necessario l'intervento di più operatori, con attivazione del piano direttamente attraverso l'applicativo Aster o via mail in attesa della messa a regime
- assistenza infermieristica domiciliare con richiesta di attivazione attraverso direttamente attraverso l'applicativo Aster o via mail in attesa della messa a regime
- consulenze specialistiche domiciliari, che possono essere richieste attraverso contatto telefonico diretto con lo specialista o tramite un canale privilegiato di prenotazione sul modello della sanità di iniziativa (teleconsulto)
- sarà inoltre possibile utilizzare il sistema di televisita con il proprio specialista di riferimento in sostituzione della visita di controllo prevista nella fase di recall dei pazienti prenotati nelle agende di follow up nei casi previsti nell'allegato A della DGR 464/20
- esami di controllo, ematici e/o strumentali, effettuabili attraverso una richiesta dematerializzata per gli esami più comuni inviata per mezzo di SMS, in modo da registrare NRE erogato
- evitare l'accesso all'ambulatorio per la ripetizione delle terapie croniche attraverso la prescrizione farmaci dematerializzata, anche attraverso AppSmartSST
- consultazione dei dati di diagnostica attraverso FSE direttamente ed in autonomia da parte del medico curante con la propria tessera sanitaria, al fine di evitare l'accesso del paziente per il ritiro del referto
- rinforzo educativo sanitario, sugli stili di vita e assistenziale per empowerment e prevenzione dell'infezione per via telefonica ad ogni accesso/contatto del curante e dei servizi infermieristici per qualsiasi motivo, oltre all'indagine sulla presenza di un'eventuale sintomatologia sospetta e, nel caso, segnalazione
- attivazione, quando necessario, dei servizi sociali

Al fine di migliorare l'integrazione tra i vari setting assistenziali sarà necessario implementare la telemedicina.

Inoltre, per i pazienti dimessi, il curante può consultare direttamente la lettera di dimissione su FSE.

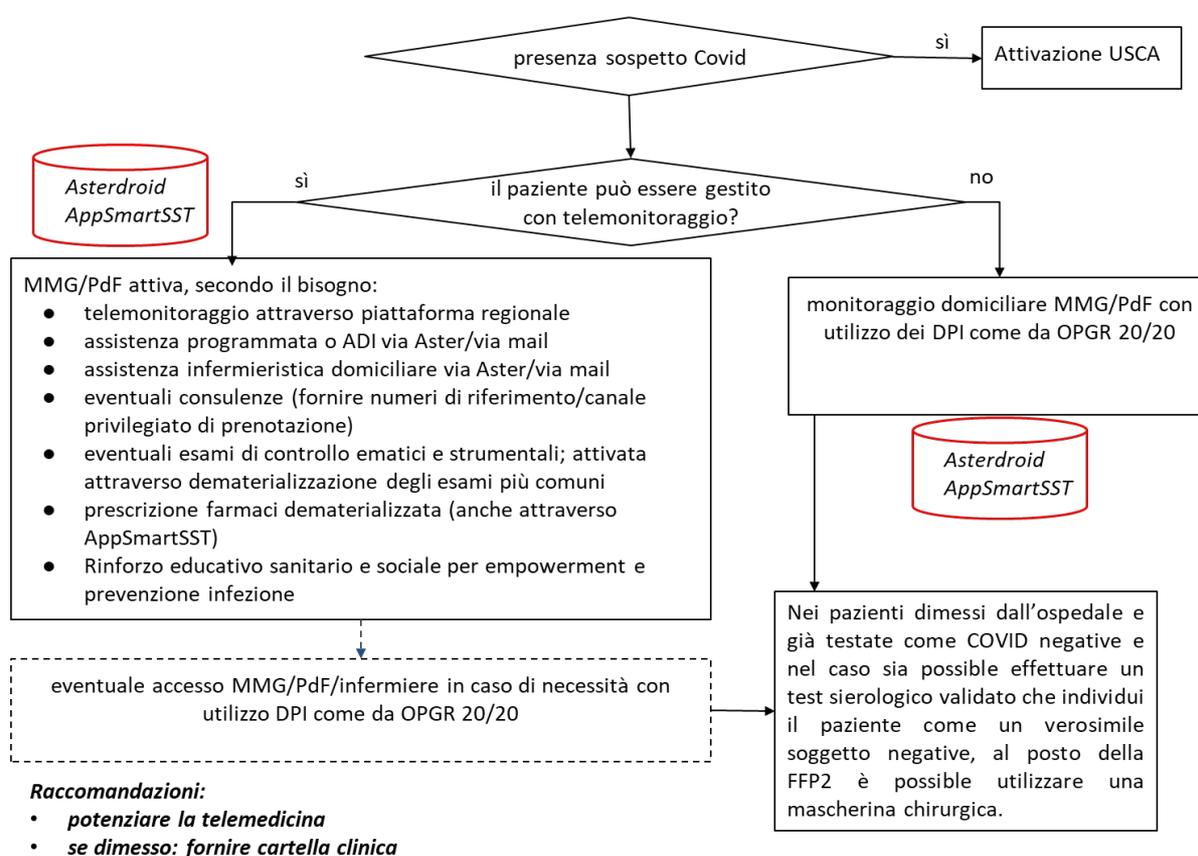
Nel caso non sia possibile, sia per motivazioni tecniche che cliniche, gestire il paziente tramite telemonitoraggio, il MMG/PdF attiva un'assistenza domiciliare. In tal caso le visite dovranno essere effettuate seguendo la doppia tutela dell'operatore sanitario, dotandolo di FFP2, guanti, visiera, camice monouso e del paziente, dotandolo di mascherina chirurgica.

Qualora il paziente non possa essere gestito proficuamente a domicilio per motivi clinici o assistenziali, il MMG/PdF può indirizzare il paziente verso setting più adeguati al bisogno, quali le cure intermedie, o l'attivazione delle cure palliative.

Nei soggetti dimessi dall'ospedale e già testati come COVID-19 negativi e, nel caso sia possibile, sugli altri pazienti di questo gruppo, potrà essere effettuato un test sierologico validato che individui il paziente come un verosimile soggetto negativo. In tal caso al posto della FFP2 è possibile utilizzare la mascherina chirurgica.

Le prestazioni infermieristiche nel setting domiciliari per i pazienti COVID negativi seguono la prassi organizzativa ordinaria e sono affidate agli infermieri del team domiciliare.

Le prestazioni specialistiche nel setting domiciliare per pazienti COVID negativi, seguono la prassi organizzativa ordinaria, quando previste dalle singole AUSL.



## Strumenti informatici

Gli strumenti informatici utilizzati per la gestione territoriale ed esplicitati nei singoli paragrafi sono descritti in allegato .

## **Considerazioni etiche**

Nell'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale della Toscana n° 20 del 29 marzo si legge che "... il compito della medicina generale è anche la gestione dei pazienti affetti da SARS-CoV2, in fase terminale, per i quali è opportuno proporre, ove possibile, la gestione nel proprio domicilio, nel rispetto della dignità e dell'autodeterminazione della persona, supportando le cure disponibili nel territorio con l'attivazione delle cure palliative domiciliari". Si tratta dunque di rimettere davvero la persona al centro della cura, coinvolgendola nelle scelte che la riguardano, e non demandando la decisione se ricoverare o meno un paziente con sospetta COVID-19 soltanto ai parametri biomedici.

I riferimenti normativi sono non solo alla legge 38 del 2010 sulle cure palliative ma anche alla legge 219 del 2017, della quale giova ricordare in questo documento almeno due aspetti. L'articolo 1, comma 8, recita infatti che "Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura". Si tratta di un tema che proprio in un frangente di emergenza è a rischio: bisogna invece favorire al massimo la possibilità che i pazienti sul territorio, soprattutto i non COVID, possano avere di discutere anticipatamente con il loro medico di medicina generale o comunque con il loro medico di fiducia le scelte in caso di aggravamento delle condizioni cliniche. E qui entra il secondo aspetto della Legge 219 da tener presente: l'articolo 5 sulla pianificazione condivisa delle cure, dove il diritto all'autodeterminazione del paziente affetto da gravi patologie in stadio clinico molto avanzato è pienamente soddisfatto.

Questa epidemia è l'occasione per aprire ad una visione delle cure palliative come risorsa integrativa e non alternativa per i pazienti affetti da gravi patologie croniche, oncologiche e non, COVID positivi o meno e per non restringere il campo delle cure palliative alla sola terminalità. Tutto ciò è tanto più importante in questa fase di emergenza COVID-19, dove il rischio di un'interruzione delle relazioni affettive con i propri cari e, in alcuni casi, di morire in solitudine non può non essere considerato.