



REGIONE TOSCANA

**Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale**      N° 14      del 17 Marzo 2020

*Oggetto:*

Linee di indirizzo per la gestione del percorso COVID-19 in ambito ospedaliero e peri-ospedaliero.  
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°1

ALLEGATI:

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

ERRATA CORRIGE: nell'allegato A pagina 2 elenco soggetti gruppo di lavoro commissione di esperti ultima linea leggasi Mauro Ruggeri anziché Mauro Ruggieri

## 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);

Visto il decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante "Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 23 febbraio 2020, n. 45, che, tra l'altro, dispone che le autorità competenti hanno facoltà di adottare ulteriori misure di contenimento al fine di prevenire la diffusione dell'epidemia da COVID-19, come convertito con modificazione dalla legge 5 marzo 2020, n. 13;

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;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1 marzo 2020 "Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19";

Richiamata l'ordinanza n.6 del 2 marzo 2020, mediante la quale, tenuto conto delle disposizioni contenute nel DPCM sopracitato, sono state disposte misure per la prevenzione, e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19;

Richiamata l'ordinanza n.7 del 4 marzo 2020, che definisce le strutture organizzative per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2020 "Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale.";

Vista l'ordinanza n.8 del 6 marzo 2020 "Ulteriori Misure per la prevenzione, e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica.";

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 8 marzo 2020, che prevede ulteriori

disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, revocando, contestualmente i Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1° marzo e del 4 marzo 2020;

Tenuto conto che, il DPCM sopracitato dispone particolari misure urgenti di contenimento del contagio nelle regioni e province, previste dall'art.1, disponendo, in particolare, il divieto di spostamento in entrata ed uscita dai territori, di cui al predetto articolo, salvo che per gli spostamenti motivati da comprovate esigenze lavorative o situazioni di necessità ovvero spostamenti per motivi di salute;

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 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;

Richiamata la ordinanza n.9 dell'8 marzo 2020, che in attuazione del DPCM dell'8 marzo 2020, ha disposto "Misure straordinarie per il contrasto ed il contenimento sul territorio regionale della diffusione del virus COVID-19. Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica.";

Vista la ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n.646 dell' 8 marzo 2020 "Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.", mediante la quale, al fine di garantire uniformità applicativa del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8 marzo 2020, sono adottate disposizioni tese a fornire maggiore chiarezza interpretativa ai contenuti del sopracitato decreto;

Ritenuto necessario, anche in ragione del carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia, che le misure previste dalle disposizioni nazionali siano adottate con particolare urgenza e tempestività;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 9 marzo 2020, mediante il quale le misure, di cui all'art.1 del DPCM dell'8 marzo 2020, sono estese all'intero territorio nazionale sino al 3 aprile 2020;

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 in particolare, che l'art. 14 del sopra citato DL 14/2020 individua le modalità di trattamento dei dati personali, secondo le modalità seguenti:

- 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 Sanita', 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 [...]";
- 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, e' effettuata, nei casi in cui risulti indispensabile ai fini dello svolgimento delle attività connesse alla gestione dell'emergenza sanitaria in atto.";

- al comma 3 il rispetto dei principi di cui all'articolo 5 del citato regolamento (UE) 2016/679, adottando misure appropriate a tutela dei diritti e delle libertà degli interessati;

Richiamata la ordinanza n.10 del 10 marzo 2020, che, anche in attuazione del DPCM del 9 marzo 2020, ha dettato "Ulteriori misure straordinarie per il contrasto ed il contenimento sul territorio regionale della diffusione del virus COVID-19. Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica.";

Ritenuto necessario e urgente, in ragione del carattere diffusivo dell'epidemia e dell' incremento dei casi rafforzare ulteriormente le misure di sorveglianza sanitarie adottate per il periodo di tempo necessario e sufficiente a prevenire, contenere e mitigare la diffusione di malattia infettiva diffusiva COVID -19;

Richiamata la ordinanza n.12 del 15 marzo 2020, recante "Misure straordinarie inerenti i centri diurni per anziani e disabili e la definizione di linee guida di indirizzo per il percorso diagnostico terapeutico dei pazienti affetti da COVID-19, al fine di contrastare e contenere sul territorio regionale della diffusione del virus COVID-19. Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica." ;

Tenuto conto che, mediante la predetta ordinanza, si è proceduto, fra l'altro, ad istituire un'apposita Commissione di esperti, designati dai Direttori Generali delle Aziende sanitarie, coordinata dal Direttore regionale competente in materia di diritto alla salute, con il compito di definire le linee guida di indirizzo per il percorso diagnostico-terapeutico in ambito ospedaliero e peri-ospedaliero per i pazienti affetti da COVID-19, delineando, in particolare, le caratteristiche cliniche e terapeutiche che è necessario attivare, in un crescente livello di intensità di cura, dal momento dell'entrata del paziente in ospedale, sino all'eventuale ricovero in terapia intensiva;

Tenuto conto che, ai sensi della ordinanza n.12/2020, le linee guida, di cui al precedente capoverso dovevano essere prodotte dalla Commissione entro lunedì 16 marzo 2020;

Preso atto che la Commissione di esperti, nei termini temporali sopraenunciati, ha redatto il documento "Linee di indirizzo per la gestione del percorso COVID-19 in ambito ospedaliero e peri-ospedaliero", di cui all'allegato A, parte integrante della presente ordinanza;

Ritenuto opportuno, al fine di garantire la uniforme applicazione delle linee di indirizzo in oggetto e tenuto conto della incidenza delle stesse sull'assetto organizzativo della rete ospedaliera 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;

Visto l'art. 5 comma 4 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8 marzo 2020 che dispone quanto segue: "4. Resta salvo il potere di ordinanza delle Regioni, di cui all'art. 3, comma 2, del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6."

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, :

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 ospedaliero e peri-ospedaliero", riportate nell'allegato A e redatte dalla Commissione di esperti, di cui alla ordinanza n.12/2020;
2. che la Commissione di esperti provveda, in conformità a quanto già disposto dalla ordinanza n.12/2020, a garantirne l'aggiornamento costante, in ragione della evoluzione del quadro complessivo della emergenza sanitaria in atto.

### **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:

- al Presidente del Consiglio dei Ministri e al Ministro della Salute;
- alle Aziende ed Enti del SSR;
- ai diversi soggetti operanti nell'ambito o in raccordo con il SSR.

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**

# Linee di indirizzo per la gestione del percorso COVID-19 in ambito ospedaliero e peri-ospedaliero

# INDICE

<b>Gruppo di lavoro</b>	<b>3</b>
<b>Introduzione</b>	<b>4</b>
<b>Gestione dei casi COVID paucisintomatici</b>	<b>4</b>
<b>Gestione dei casi COVID e con sintomatologia respiratoria impegnativa</b>	<b>5</b>
<b>Gestione dei pazienti non COVID</b>	<b>5</b>
<b>Percorso pre-ricovero</b>	<b>6</b>
<b>Tampone negativo pazienti ricoverati</b>	<b>7</b>
<b>Classificazione pazienti e Setting</b>	<b>7</b>
Livello 1	7
Livello 2	7
Livello 3	7
Livello 4	8
<b>Diagnostica durante ricovero</b>	<b>8</b>
<b>Terapia</b>	<b>8</b>
<b>De escalation di setting ospedaliero</b>	<b>9</b>
<b>Criteri clinici di dimissibilità</b>	<b>9</b>
<b>Percorso post ospedaliero</b>	<b>9</b>

# Gruppo di lavoro

## **Commissione di esperti:**

Giancarlo Landini, Guglielmo Conzales, Massimo Antonio Di Pietro, Roberto Carpi, Simone Magazzini, Paolo Zoppi, Massimo Santini, Lorenzo Ghiadoni, Laura Carrozzi, Fabio Guarracino, Marco Falcone, Danilo Tacconi, Raffaele Scala, Massimo Alessandri, Dario Grisillo, Marco Feri, Lorenzo Baragatti, Enrico Saloni, Mauro Breggia, Carlo Nozzoli, Federico Lavorini, Adriano Peris, Vittorio Miele, Filippo Pieralli, Giuseppe Giannazzo, Marco Ruggeri, Alessandro Bartoloni, Barbara Rossetti, Matteo Nardi, Fabrizio Mezzasalma, Federico Franchi, Mariantonietta Mazzei, Severino Gallo, Maria Grazia Cusi, Serafina Valente, Barbara Porchia, Paolo Carnesecchi, Roberto Andreini, Spartaco Sani, Rigoletta Vicenti, Alessio Bertini, Laura Bassani, Moira Borgioli, Luca Puccetti, Nastruzzi Alessio, Mauro Ruggieri, Valdo Flori, Bruno Frediani.

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

Andrea Belardinelli, Maria Teresa Mechi, Simona Dei, Lucia Turco, Francesco Bellomo, Lorenzo Righi, Matteo Nocci.



## Introduzione

L'individuazione delle modalità di risposta della rete ospedaliera regionale alla necessità di ricovero di pazienti COVID o a elevato rischio COVID deve essere definita in modo progressivo e modulata in base all'evolversi dello scenario.

Si rende perciò necessario definire i principi guida da utilizzare nella rimodulazione in progress e, nello specifico, per la gestione del percorso del paziente.

La realizzazione di team COVID interprofessionali e multidisciplinari da attivare per la gestione del percorso del paziente COVID può prevedere la possibilità di utilizzo del personale, anche di altri dipartimenti e della specialistica convenzionata, normalmente impegnato nelle attività programmate che sono state oggetto di riduzione.

## Gestione dei casi COVID paucisintomatici

I pazienti con sindrome simil-influenzale e senza patologie concomitanti tali da richiedere l'ospedalizzazione vengono o mantenuti al proprio domicilio con una sorveglianza sanitaria attiva, quando siano presenti le condizioni necessarie in termini di contesto sociale, abitativo e bisogno clinico assistenziale o gestiti in cohorting presso strutture sanitarie extraospedaliere o strutture ricettive con possibilità di attivazione presso queste ultime di assistenza sanitaria domiciliare, anche in relazione alla esigenza necessità di ottimizzare l'utilizzo delle risorse sanitarie, tecnologiche ed umane. Viene pertanto prevista una specifica modalità di controllo e monitoraggio del soggetto COVID positivo paucisintomatico che non necessita ancora di ricovero ospedaliero o che può essere dimesso dall'ospedale per acuti, in modo da utilizzare tutti i posti letto disponibili per i casi con quadro clinico di maggiore gravità. Nel caso di strutture non sanitarie viene stabilito nella struttura assegnata l'indirizzo di reperibilità del soggetto paucisintomatico per il tempo necessario al completamento del percorso.

# Gestione dei casi COVID e con sintomatologia respiratoria impegnativa

I pazienti con sintomatologia respiratoria significativa vengono indirizzati e gestiti negli ospedali nei quali sono presenti 'blocchi COVID' come di seguito descritti. L'attivazione di 'blocchi COVID' segue una logica di attivazione incrementale

Si definisce blocco COVID un'area di degenza di area medica, chirurgica, Malattie Infettive, Terapia Intensiva, Sub Intensiva adeguatamente delimitato, con percorsi di accesso separati dal resto e personale dedicato (COVID team, multidisciplinare e interprofessionale). Le aree di degenza medica COVID vengono differenziate secondo livelli di intensità di cura prevedendo blocchi nei quali è possibile il ricovero di pazienti monitorati e l'effettuazione, quando le caratteristiche strutturali lo consentano, di supporto non invasivo alla respirazione. I blocchi vengono utilizzati esclusivamente per pazienti COVID accertati o con quadro clinico altamente indicativo per la presenza di infezione respiratoria da SARS-COV 2.

I pazienti trasportati con 118 che richiedono ricovero per sintomatologia compatibile con infezione da SARS-COV 2 vengono indirizzati agli ospedali che hanno attivato blocchi COVID per ridurre i trasferimenti tra ospedali.

Sono stati individuati in prima applicazione 22 ospedali COVID. L'attivazione di ospedali con blocchi COVID viene aggiornata in base all'evoluzione del quadro epidemico.

Come da indicazioni di letteratura il sistema deve tendere a non saturare in prima battuta gli ospedali con alta specialità. Quindi nella prima fase è da evitare la saturazione della risposta di Area Critica e Malattie Infettive di AOUC – AOUP – AOUS e AOU Meyer che mantengono tuttavia il ruolo di ospedale di I livello per il bacino di stretta competenza.

## Gestione dei pazienti non COVID

I pazienti che non presentano sintomatologia respiratoria vengono, ove possibile e compatibile con il quadro clinico, indirizzati tramite 118 ad ospedali no COVID.

# Percorso pre-ricovero

Percorso A: accesso tramite 118 di paziente già avviato a percorso COVID.

Percorso B: presentazione diretta a PS.

Ogni presidio deve avere un'area di pre-triage per percorso COVID.

Mediante valutazione clinica si stabilisce se il paziente può tornare a domicilio oppure se viene ricoverato.

Per un iniziale inquadramento dei pazienti sono valutati:

- pressione arteriosa, frequenza cardiaca, temperatura, altri parametri presenti in scala sorveglianza clinica /deterioramento clinico (EWS. Regione Toscana raccomanda utilizzo scala NEWS2)

Se il paziente risulta paucisintomatico viene rinvio a domicilio e affidato all'Unità Speciale di Continuità assistenziale di riferimento.

Ai fini di ulteriore inquadramento di pazienti con possibile infezione COVID ed in base alle caratteristiche del paziente, sono raccomandati:

- Emogasanalisi con rapporto P/F e comunque SpO2 correlata alla Fi O2, frequenza respiratoria
- esami di laboratorio: emocromo con formula, creatininemia, sodiemia, potassiemia, PCR, procalcitonina, AST, ALT, LDH, CPK, coagulazione, fibrinogeno, D-dimero, coagulazione, bilirubina
- RX Torace

In attesa di riconoscimento diagnostico (tampone naso-faringeo, broncoaspirato nel paziente intubato in PS) nei pazienti con insufficienza respiratoria la TC sarà limitata a casi selezionati di discrepanza tra quadro clinico-RX torace.

I pazienti destinati a ricovero e in attesa di tampone afferiscono ad aree adeguate espressamente individuate dove, nell'attesa, deve essere garantito l'isolamento. Nel caso di soggetti con un quadro fortemente sospetto di polmonite COVID, ove possibile, vanno collocati nel reparto di destinazione in stanze singole in attesa della conferma del test.

In ogni PS deve essere individuato adeguato spazio (con caratteristiche strutturali che possano garantire la sicurezza degli operatori) per lo svolgimento di ventilazione non invasiva/CPAP durante la permanenza di pazienti che richiedono supporto ventilatorio.

# Tampone negativo pazienti ricoverati

In caso di negatività del tampone faringo-nasale e forte sospetto clinico/radiologico, nei pazienti che necessitano di ricovero è indicato ripetere il tampone a distanza di 24 ore (in attesa mantenere il paziente in isolamento).

## Classificazione pazienti e Setting

### Livello 1

Paziente con sintomi quali febbre, tosse, mal di gola, congestione nasale, malessere, mal di testa, dolore muscolare, non segni di disidratazione, non segni di polmonite, no sepsi o dispnea, no ipossia da EGA (SpO<sub>2</sub> >94% aria ambiente), Rx torace standard negativo.

Il paziente è dimissibile a meno della presenza di co-morbidità che possano essere associate al passaggio ad un livello di gravità superiore o che necessitino di trattamento specifico in regime di ricovero.

Per i pazienti dimissibili stabilire collegamento con Unità Speciali di Continuità Assistenziale e di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Famiglia.

Per i pazienti dimissibili non è opportuno il tampone in PS.

### Livello 2

Paziente con febbre, addensamenti polmonari a RX torace oppure insufficienza respiratoria con P/F > 200 e/o FR 25-30 atti/minuto.

Il paziente non necessita di supporto ventilatorio, può necessitare di O<sub>2</sub> terapia ad alto flusso in genere < 15 lt/min.

Paziente non dimissibile, da ricoverare in degenza ordinaria COVID con Ossigenoterapia e stretto monitoraggio, in particolare della risposta all'ossigenoterapia.

Utilizzare EWS (preferibilmente NEWS2) per monitoraggio deterioramento clinico.

### Livello 3

Paziente con febbre e/o FR > 30 atti/min , all'EGA P/F 100-200, e/o addensamenti polmonari multipli a RX torace.

In base al profilo di rischio valutare se il paziente va ricoverato in degenza ordinaria COVID o in subintensiva per ossigenoterapia ad alti flusso o ventilazione meccanica non invasiva (in spazi con caratteristiche strutturali e con interfacce che possano garantire la sicurezza degli operatori ed il monitoraggio del paziente).

Stretto monitoraggio per eventuale trattamento in ambiente COVID intensivo.

Utilizzare EWS (preferibilmente NEWS2) per monitoraggio deterioramento clinico.

## Livello 4

Paziente con insufficienza respiratoria grave o quadri da Sindrome da Distress Respiratorio Acuto (ARDS), P/F <100, alta probabilità di supporto invasivo e gestione in area COVID intensiva.

Utilizzare EWS (preferibilmente NEWS2) per monitoraggio deterioramento clinico.

Nel caso in cui il paziente sviluppi insufficienza respiratoria nonostante ossigenoterapia e ventilazione non invasiva massimali o segni di insufficienza d'organo si dovrà procedere alla pianificazione condivisa delle cure. Si devono identificare gli elementi prognostici e coinvolgere il paziente, i familiari e lo specialista rianimatore nella decisione del percorso clinico, anche in ragione della proporzionalità delle cure e del non accanimento terapeutico.

## Diagnostica durante ricovero

Rx Torace, sufficiente se associato ad ecografia torace per il management del paziente

Eco torace a letto del paziente (ove eseguibile)

TC Torace: da riservare a forti discrepanze clinico-RX torace ed in pazienti intensivi in casi selezionati, in apparecchio/sala dedicata, anche in via non esclusiva, con le previste procedure di sanificazione dopo l'esecuzione dell'esame.

Eco addome non è raccomandata e deve pertanto essere riservata esclusivamente in presenza di forti indicazioni cliniche, con apparecchio portatile e operatore con adeguati DPI.

Laboratorio: Emogasanalisi, emocromo, PCR, creatinina, glicemia, albumina, AST ALT, LDH e CK, fosfatasi alcalina, bilirubina, Ag urinari pneumococco e legionella, PT-aPTT, INR, troponina, ferritina, fibrinogeno, d-dimero, quantiferon, HBV, HCV, HIV, IL-6 (se disponibile), PCT, emocolture .

Tutti gli altri esami diagnostico-strumentali, in particolare quelli che richiedono mobilitazione del paziente vanno discussi dal COVID Team per valutare rapporto rischio/beneficio.

## Terapia

Le terapie farmacologiche sono prescritte e monitorate in equipe con la costante consulenza del medico infettivologo, sulla base delle crescenti evidenze sia di letteratura che empiriche riportate dai centri che per primi hanno affrontato la malattia infettiva COVID-19.

## De escalation di setting ospedaliero

I pazienti che completano il percorso in area critica possono avere tre destinazioni:

1. paziente che permane positivo SARS-COV 2 e che è in fase di stabilizzazione clinica durante l' ospedalizzazione
  - trasferimento in un blocco di degenza ordinaria COVID multidisciplinare
2. paziente negativizzato che ha ancora bisogno di assistenza medica
  - trasferimento in blocco o ospedali no COVID
3. paziente che ha bisogno di assistenza respiratoria prolungata
  - riabilitazione respiratoria COVID se positivo
  - riabilitazione respiratoria no COVID se negativo

## Criteri clinici di dimissibilità

In aggiunta ai normali criteri di dimissibilità, per i pazienti COVID si deve tenere conto di:

- Apiressia da almeno 48 ore
- Saturazione  $\geq 94\%$  ( $\geq 90\%$  per i cronici) in aria ambiente da almeno 48 ore o, in alternativa, P/F in aria ambiente  $> 300$  da almeno 48 ore
- FR  $< 22$  a riposo

## Percorso post ospedaliero

Il paziente dimissibile dall'ospedale, secondo la valutazione clinica, seguirà percorsi diversificati secondo le esigenze clinico assistenziali e la condizione di positività o negatività rispetto al SARS-COV 2. Le dimissioni vengono gestite dal team dell'ACOT dedicato al post ricovero in ospedale per acuti dei pazienti COVID.

I setting per il post ricovero sono i seguenti:

- domicilio presso dimora abituale o altro domicilio di reperibilità presso abitazione privata con monitoraggio da parte del MMG o delle Unità speciali di continuità

assistenziali di cui all'art.8 del Decreto Legge n.14 del 9 marzo 2020 o con attivazione dell'assistenza sanitaria domiciliare

-domicilio presso strutture ricettive specificatamente destinate allo scopo con monitoraggio clinico e assistenza sanitaria domiciliare

-struttura sanitaria già autorizzata e accreditata di cure intermedie o riabilitazione extraospedaliera (tipologia D1-D6-D7 del Regolamento 79/R del 2017)

-struttura sanitaria attivata in deroga per la gestione di pazienti paucisintomatici come indicato da normativa nazionale e indicazioni regionali