

Regione Lazio

DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Atti dirigenziali di Gestione

Determinazione 6 agosto 2025, n. G10334

Aggiornamento del "Piano di Rete Regionale delle Malattie Infettive" (RMI), in attuazione del Programma Operativo 2024-2026, di cui alla Determinazione n. G09332/2025.

OGGETTO: Aggiornamento del “Piano di Rete Regionale delle Malattie Infettive” (RMI), in attuazione del Programma Operativo 2024-2026, di cui alla Determinazione n. G09332/2025.

**IL DIRETTORE DELLA DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE
SOCIOSANITARIA**

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e successive modifiche ed integrazioni concernente la “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale”;

VISTO il regolamento regionale del 6 settembre 2002, n. 1 “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale” e successive modificazioni;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 25 maggio 2023, n. 234 con la quale è stato conferito l’incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria al Dott. Andrea Urbani;

VISTO l’atto di organizzazione n. G01930 del 23 febbraio 2024 e s.m.i., avente ad oggetto: Riorganizzazione delle strutture della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Recepimento delle Direttive del Direttore Generale;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, concernente il “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni”;

VISTO il Decreto 2 aprile 2015, n. 70 del Ministero della Salute, recante “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;

VISTA l’Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome del 18 dicembre 2018: “Nuovo Patto per la Salute 2019-2021”;

VISTO il D.P.C.M. 12 gennaio 2017, recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;

VISTA la Delibera Giunta Regionale n. 821 del 3/11/2009, “Interventi per il miglioramento della efficacia ed efficienza nelle attività di Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri della Regione Lazio”;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 16 giugno 2015 n. 284 “Agenda Digitale della Regione Lazio. Linee guida per lo sviluppo del Lazio Digitale”; in attuazione del Decreto Legge 18 ottobre 2012 n. 179 convertito con Legge il 17 dicembre 2012 n. 221 “Ulteriori misure urgenti per la crescita del paese” dove viene ribadita l’importanza dell’attivazione della telemedicina mediante la trasmissione di immagini tra le strutture sanitarie coinvolte e la possibilità, per le strutture ad elevata specializzazione, di fornire consulenza a distanza alle strutture dell’intero territorio, con conseguente miglioramento della qualità assistenziale, riduzione dei trasporti secondari, maggiore efficienza nell’utilizzo delle risorse;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta 1° ottobre 2015 n. U00458, con cui viene recepito il documento “Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali” sancito dall’Intesa tra lo Stato, le Regioni

e le Provincie Autonome di Trento e Bolzano del 20 febbraio 2014. Rep. Atti 16/CSR; dove sono definiti e classificati i servizi di telemedicina;

VISTO il Piano Nazionale della Cronicità (accordo sancito ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 28.8.1987, n. 281, in data 15 settembre 2016 - Rep. atti160/CSR, recepito con il Decreto del Commissario ad Acta 8 febbraio 2018, n. U00046) afferma che nella integrazione ospedale/territorio e nelle nuove forme di aggregazione delle cure primarie, la Telemedicina e la Teleassistenza rappresentano tecnologie in grado di migliorare l'operatività, nel luogo dove il paziente vive, favorendo così la gestione domiciliare della persona e riducendo gli spostamenti, spesso non indispensabili, e i relativi costi sociali;

VISTA la vigente normativa in tema di percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale;

VISTA la Delibera di Giunta Regionale n. 626 del 30 ottobre 2018: "Programma di miglioramento e riqualificazione (art. 1, comma 385 e ss. Legge 11 dicembre 2016 n. 232) Intervento 2.1 Telemedicina nelle Reti Ospedaliere dell'Emergenza. Attivazione della piattaforma "ADVICE" per il teleconsulto fra centri "Hub" e "Spoke" delle Reti dell'Emergenza, Tempo-dipendenti e delle Malattie Infettive";

VISTA la Determinazione n. G16185 del 12 dicembre 2018: Attivazione della piattaforma "ADVICE" per il teleconsulto fra centri "Hub" e "Spoke" delle Reti dell'Emergenza, Tempo-dipendenti e delle Malattie Infettive"

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00314 del 29 agosto 2018 "Recepimento Accordo, ai sensi del punto 8.1 dell'Allegato 1 al decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, sul documento "Linee guida per la revisione delle reti cliniche – Le reti tempo dipendenti";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 379 del 12 settembre 2019: "Approvazione "Manuale Regionale Triage Intra-ospedaliero Modello Lazio a cinque codici (numerici/colore)" in attuazione dell'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 1° agosto 2019 (Rep. atto n. 143/CSR)" e successiva Determina n. G01369 del 6 febbraio 2023 "Revisione del "Manuale Regionale Triage Intra-ospedaliero Modello Lazio a cinque codici (numerici/colore) - DCAU00379/2019";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00453 del 30 ottobre 2019: "Approvazione del documento denominato "Piano regionale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso" in attuazione dell'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 1° agosto 2019 (Rep. atto n. 143/CSR)" e successiva Determina n. G15959 del 18 novembre 2022: "Revisione del "Piano Regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero e del Sovraffollamento in Pronto Soccorso" (DCA U00453/2019);

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00081 del 25 giugno 2020: 2 Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021", che indica come obiettivo regionale l'integrazione sistematica dei servizi di telemedicina all'interno del SSR, al fine di ottimizzare il percorso di gestione del paziente e migliorare l'integrazione tra i diversi setting assistenziali;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 406 del 26 giugno 2020: "Presenza d'atto e recepimento del Piano di rientro denominato "*Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021*" adottato con il Decreto del Commissario ad acta n. 81 del 25 giugno 2020 ai fini dell'uscita dal commissariamento";

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale n. 661 del 29 settembre 2020, recante “Attuazione delle azioni previste nel Piano di rientro denominato Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 adottato con il DCA n. 81 del 25 giugno 2020”;

VISTO il Decreto del Commissario n. U00540 del 12 novembre 2015: “Adozione del documento "Percorso assistenziale per la gestione dei casi con patologia infettiva primaria o associata a comorbidità", ai sensi del DCA U00412/2014;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale n. 84 del 1° marzo 2022: “Approvazione del Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale – PanFlu 2021-2023”;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale n. 417 del 20 giugno 2024: “Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale – PanFlu 2021-2023” di cui alla DGR 84/2022. Regime transitorio”;

VISTA l’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento Piano nazionale di contrasto dell’AMR- PNCAR 2022-2025, Rep. Atti n. 233/CSR del 30 novembre 2022;

VISTA l’Intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni e Province autonome sul documento” Piano nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle Arbovirosi (PNA) 2020-202, Rep. Atti n. 1/CSR del 15 gennaio 2020;

VISTA l’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Piano Nazionale di interventi contro l'HIV e AIDS (PNAIDS)", Rep. Atti 63 n.180/CSR del 26/10/2017;

VISTO il Decreto Interministeriale ai sensi dell’art. 25 sexies del D.L. 30 dicembre 2019. “Screening nazionale gratuito per l’eliminazione del virus HCV”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta 27 aprile 2018, n. U00162.” Riorganizzazione della sorveglianza e miglioramento diagnostico delle sindromi neurologiche di sospetta origine infettiva nella Regione Lazio;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale n. 736 del 15 ottobre 2019: “Ruolo e strumenti di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nella programmazione e valutazione dei Servizi Sanitari Regionali”;

VISTA la Deliberaiozne della Giunta Regionale n. 970 del 21 dicembre 2021.” Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025. PP10 Misure per il contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza”;

VISTA la Determinazione regionale n. G08922 del 27 giugno 2023. Recepimento Intesa Stato-Regioni sul documento recante "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico — Resistenza (PNCAR) 2022-2025" (Rep. Atti n. n. 233/CSR del 30 novembre 2022);

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale n.332 del 24 maggio 2022. Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6: Salute – Componente M6C1 e M6C2– Approvazione Piano Operativo Regionale e Schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS);

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale n. 477 del 28 giugno 2022, “Piano nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle Arbovirosi (PNA) 2020-2025 di cui all’Intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni e Province autonome con repertorio atti n. 1/CSR del 15 gennaio 2020 e sue modifiche e integrazioni. Approvazione del documento tecnico della Regione Lazio Sorveglianza e risposta alle Arbovirosi;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale n. 869 del 7 dicembre 2023: “Approvazione del Documento Tecnico: “Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015” e s.m.i.;

PRESO ATTO che nella citata Deliberazione della Giunta Regionale sono previste una serie di azioni tra le quali l’approvazione del Piano di Rete con l’aggiornamento delle afferenze e l’inserimento di una sezione dedicata al percorso pediatrico;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale n. 939 del 15 novembre 2024: “Adozione del “Programma Operativo 2024-2026 di prosecuzione del piano di rientro della Regione Lazio” e s.m.i.;

ATTESO che nel menzionato Programma Operativo 2024-2026 nella Macro Area “Assistenza Ospedaliera” Area 4.3 “Rete medicinae specialistiche” prevede all’obiettivo 1 la Realizzazione del Piano delle Malattie Infettive;

ATTESO che nel suddetto Programma Operativo viene ribadita la necessità di rivedere il Percorso assistenziale per la gestione dei casi con patologia infettiva primaria o associata a comorbidità (DCA U00540/2015) e organizzare un sistema assistenziale flessibile con il coinvolgimento multidisciplinare, dotato di strumenti per la gestione del percorso critico e la cooperazione professionale, anche a distanza;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale n. 621 del 17 luglio 2025: “Approvazione delle Linee di indirizzo finalizzate al miglioramento della Governance per gli aspetti organizzativi e gestionali delle Centrali Operative della Regione Lazio. Implementazione dei processi di Transitional Care”;

VISTA la Determinazione n. G09332 del 18 luglio 2025: “Approvazione del "Piano di Rete Regionale delle Malattie Infettive" (RMI), in attuazione del Programma Operativo 2024- 2026”, elaborato con il supporto dell’INMI-Spallanzani, SERESMI , IRCCS Bambino Gesù ed il Coordinamento Reti di Patologia di ARES 118;

CONSIDERATO che con la suddetta determinazione si stata effettuata la revisione del “Percorso Assistenziale per la gestione dei casi con patologia infettiva primaria o associata a comorbidità” – (DCA n. U00540/2015), incluso nel Piano di Rete Regionale di Malattie Infettive;

CONSIDERATO che l’Istituto Clinico Casalpallocco di Roma, con nota prot. 452 del 25 luglio 2025 (prot. regionale n. 0775273 del 28-07-2025), ha comunicato la mancata inclusione della struttura nel Piano di Rete delle Malattie Infettive, di cui alla Determinazione n. G09332/2025;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale n. 645 del 18 luglio 2025: “L.r. n. 4/03 e successive modifiche – R.r. n. 20/2019. Struttura sanitaria denominata “Istituto Clinico Casalpallocco”, sita nel Comune di Roma, Via Alessandro Magno, 382-388A – 00124 Roma, gestita dalla Società “Istituto Clinico Casalpallocco s.r.l.” (C.F. e P.IVA 02020660391). Rilascio dell’autorizzazione all’esercizio e dell’accreditamento istituzionale”;

CONSIDERATO che il predetto Istituto Clinico Casalpallocco di Roma risulta accreditato per posti letto dedicati al trattamento delle malattie infettive;

CONSIDERATO opportuno accogliere la richiesta dell’Istituto Clinico Casalpallocco di Roma, procedendo all’inserimento della struttura accreditata, non dotata di PS/DEA, nel Piano di Rete delle Malattie Infettive, in quanto dotata di posti letto dedicati e disponibili per ricovero specialistico nell’ambito della rete regionale;

CONSIDERATO che il Piano di Rete sarà sottoposto ad una revisione periodica sulla base dell'aggiornamento dei bisogni di salute, delle eventuali criticità e del grado di attuazione degli obiettivi della rete clinico assistenziale, prevedendo azioni di miglioramento e relative tempistiche;

CONSIDERATO che la rete regionale di malattie infettive è un sistema organizzato e coordinato finalizzato alla sorveglianza, alla prevenzione e al controllo delle malattie infettive all'interno della regione. Essa si configura come un insieme di strutture, professionisti e risorse che collaborano per condividere dati epidemiologici, ottimizzare le strategie di intervento e garantire un'efficace gestione delle emergenze sanitarie.

CONSIDERATO che l'obiettivo principale della rete è di migliorare la qualità dell'assistenza, ridurre la diffusione delle malattie infettive e promuovere interventi tempestivi e mirati, contribuendo così alla tutela della salute pubblica a livello regionale;

PRESO ATTO che l'aggiornamento del Piano di Rete delle Malattie Infettive è stato condiviso anche con le strutture che hanno collaborato all'elaborazione del documento, ovvero: INMI-Spallanzani, SERESMI, IRCCS Bambino Gesù ed il Coordinamento Reti di Patologia di ARES 118;

RITENUTO di approvare l'aggiornamento del "Piano di Rete Regionale delle Malattie Infettive" (RMI), in attuazione del Programma Operativo 2024-2026, allegato parte integrante e sostanziale del presente atto, in sostituzione del precedente Piano (Determinazione n. G09332/2025);

DETERMINA

per le motivazioni espresse in premessa, che si intendono integralmente richiamate:

- di approvare l'aggiornamento del "*Piano di Rete Regionale di Malattie Infettive*" (RMI) in attuazione del Programma Operativo 2024-2026, allegato e parte integrante e sostanziale del presente atto, in sostituzione del precedente Piano (Determinazione n. G09332/2025);
- di istituire il Coordinamento della Rete Regionale di Malattie Infettive, come previsto nel relativo Piano, composto da: dirigenti e funzionari della Direzione Salute e Integrazione Socio-Sanitaria (Area Rete Ospedaliera e Specialistica, Prevenzione, Farmaci, Area Integrata del Territorio) Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC)), INMI Spallanzani (Direzione Sanitaria, SERESMI, UOC Malattie Infettive ad Alta Intensità di Cura (MIAIC)), Coordinatore Rete Laboratori di Microbiologia, Coordinatore Regionale di Reti di Patologia, Direzioni sanitarie e Referenti clinici delle aziende del Servizio Sanitario Regionale sede di HUB di malattie infettive (SSR), Direzione Sanitaria ARES 118, referente del Dipartimento di Epidemiologia e delle Associazioni incluse nella Sanità Partecipata di cui alla DGR n.736/2019;
- di attribuire al Coordinamento della Rete Regionale delle Malattie Infettive le seguenti funzioni:
 - garantire il governo clinico della RMI;
 - definire la connessione tra i nodi della RMI e l'integrazione professionale;
 - realizzare la connessione tra i nodi della Rete Regionale RMI;
 - validare i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA);
 - monitorare l'andamento dei percorsi assistenziali sulla base degli indicatori di processo e esito;
 - redigere il report annuale e effettuare un Audit di Rete al fine di elaborare un programma di miglioramento;
 - rilevare i bisogni formativi della RMI e supportare le Aziende nella progettazione delle opportune iniziative di formazione;

- di stabilire che:

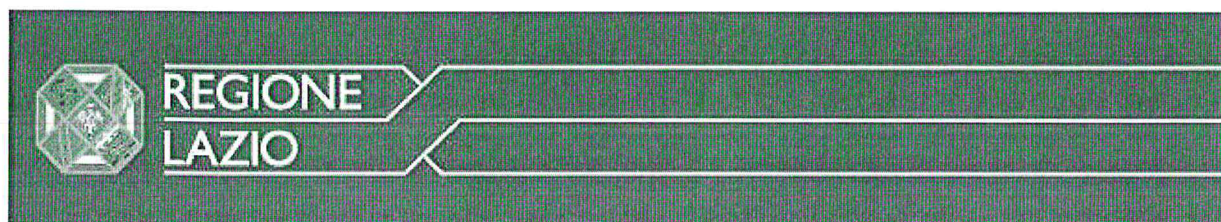
- le strutture afferenti alla Rete Regionale di Malattie Infettive dovranno, ciascuna per quanto di competenza, provvedere all'attuazione delle azioni previste nel Piano Regionale;
- il Piano di Rete delle Malattie Infettive sarà sottoposto a monitoraggio sulla base degli indicatori previsti ed a una revisione periodica sulla base dell'aggiornamento dei bisogni di salute, delle eventuali criticità e del grado di attuazione degli obiettivi della rete clinico assistenziale, prevedendo azioni di miglioramento e relative tempistiche.

Il Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-sanitaria provvederà all'adozione di tutti gli atti necessari all'attuazione della presente determinazione.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Avverso il presente atto è ammesso ricorso giurisdizionale al TAR Lazio nel termine di 60 gg. o ricorso straordinario al Presidente della Repubblica, nel termine di 120 gg. dalla pubblicazione sul BURL.

Il Direttore
Andrea Urbani



**PIANO DI RETE REGIONALE
DELLE MALATTIE INFETTIVE**

AGOSTO 2025

INDICE

Rete di malattie Infettive – Piano di Rete

1. INTRODUZIONE E RAZIONALE	3
2. SCOPO.....	5
3. AMBITI DI APPLICAZIONE.....	5
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI.....	5
5. ORGANIZZAZIONE.....	7
6. MONITORAGGIO.....	15
7. STRUMENTI.....	15
8. RICERCA.....	16
9. PROGRAMMA DI MIGLIORAMENTO E FORMAZIONE.....	16
10. ATTIVITA' DI COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE.....	17
11. RETE REGIONALE MALATTIE INFETTIVE.....	18

FASE 1 – PRE-OSPEDALIERA

Caratteristiche generali	18
Allarme	18
Risposta	19
Centralizzazione primaria.....	19

FASE 2 –OSPEDALIERA

Caratteristiche generali	20
Preso in carico.....	20
Identificazione della Sindrome infettiva.....	20
Indicazioni al ricovero in ambiente specialistico	21
Continuità assistenziale	23

FASE 3 – POST-ACUZIE

Caratteristiche Generali.....	24
Transitional care.....	24
Informazione e comunicazione per pazienti e familiari.....	25

ALLEGATI

1. Codici delle patologie
2. Sindromi infettive
3. Indici clinici di stratificazione del rischio
4. Modello di audit e feedback

Rete di Malattie Infettive - Piano di Rete

1. INTRODUZIONE E RAZIONALE

La Rete di malattie infettive, di seguito RMI, è un modello organizzativo che ha l'obiettivo di assicurare la presa in carico del paziente con sindrome infettiva acuta, mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa, con un approccio uniforme di presa in carico del paziente con sindrome infettiva acuta su tutto il territorio regionale.

Il presente documento aggiorna e sostituisce il "Percorso assistenziale per la gestione dei casi con patologia infettiva primaria o associata a comorbidità" DCA U00540/2015 definendo l'organizzazione della RMI, le misure di prevenzione per gli operatori sanitari, il percorso di cura personalizzato per la gestione dei casi con sindrome infettiva primaria o associata a comorbidità, che richiedano il ricovero ospedaliero e delle Linee strategiche di implementazione della Rete Regionale delle Malattie Rare (Determinazione 09527 del 10.07.2024).

1.1. Modello di governance

La Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria svolge le funzioni di programmazione e verifica e il Coordinamento Regionale predispone il Piano di Rete. Il Coordinamento Regionale della Rete Malattie Infettive (CRRMI), è composto da: dirigenti e funzionari della Direzione Salute e Integrazione Socio-Sanitaria (Area Rete Ospedaliera e Specialistica, Prevenzione, Farmaci, Area Integrata del Territorio Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC)), INMI Spallanzani (Direzione Sanitaria, SERESMI, UOC Malattie Infettive ad Alta Intensità di Cura (MIAIC)), Coordinatore Rete Laboratori di Microbiologia, Coordinatore Regionale Reti di Patologia, Direzioni sanitarie e Referenti clinici delle aziende del Servizio Sanitario Regionale sede di HUB di malattie infettive (SSR), Direzione Sanitaria ARES 118, referente del Dipartimento di Epidemiologia e delle Associazioni incluse nella Sanità Partecipata di cui alla DGR 736/2019. Il CRRMI può avvalersi di strutture del SSR con specifiche competenze sovra aziendali, o comunque di riferimento regionale.

Il CRRMI opera sotto la supervisione del Dirigente dell'Area Rete Ospedaliera e Specialistica e ha il compito di:

- garantire il governo clinico della RMI;
- definire la connessione tra i nodi della RMI e l'integrazione professionale;
- validare i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA):
- monitorare l'andamento dei percorsi assistenziali sulla base degli indicatori di processo e esito;
- redigere il report annuale e effettuare un Audit di Rete al fine di elaborare un programma di miglioramento;
- rilevare i bisogni formativi della RMI e supportare le Aziende nella progettazione delle opportune iniziative di formazione.

L'INMI Spallanzani assume il ruolo di coordinamento assistenziale attraverso:

- UOC Malattie Infettive ad Alta Intensità di Cura (MIAIC) con funzione operativa di bed management regionale;
- SERESMI con funzione di analisi epidemiologica e monitoraggio dei percorsi assistenziali.

Il loro compito è rivolto ad assicurare sul campo la realizzazione delle indicazioni contenute nel piano di rete, gestire le situazioni di criticità, facilitare la collaborazione fra i nodi e proporre azioni di prevenzione, sviluppo ed implementazione.

La funzione operativa è supportata dalla UO di Coordinamento Regionale di Reti Patologia.

I Coordinamenti di Area Hub e Spoke (CAHS) svolgono una funzione organizzativo-gestionale nella propria area di competenza, e sono coordinati dal Direttore Sanitario dell'Hub di riferimento e costituiti dai referenti clinici e di direzione sanitaria dell'Hub e degli Spoke ad esso afferenti. I CAHS hanno il compito di:

- contestualizzare il Piano di RMI garantendo i collegamenti tra le strutture e l'integrazione fra i professionisti;
- attuare la manutenzione dei percorsi clinico-assistenziali;
- effettuare Audit di Area con cadenza semestrale per la valutazione degli indicatori di processo e di esito, l'analisi di criticità, e l'indicazione di azioni di implementazione da trasmettere al CRRMI;
- assicurare la corretta alimentazione dei sistemi informativi al fine di consentire un efficace monitoraggio delle attività da parte del CRRMI.

1.2. Contesto epidemiologico

Gli ultimi 5 anni sono stati caratterizzati dalla pandemia COVID-19 e, successivamente, dall'aumento delle segnalazioni di malattie infettive ai sistemi di sorveglianza oltre ad eventi epidemici dovuti ad infezioni emergenti o, comunque, non endemiche nel nostro territorio, quali la Dengue.

Nel 2023, il numero complessivo di segnalazioni di malattie infettive nel Lazio è quasi raddoppiato rispetto all'anno precedente, passando da 3.641 nel 2022 a 7.148 nel 2023 (+96,3%).

Le malattie con almeno 10 segnalazioni nel 2023, per cui si è osservato almeno un raddoppio del numero di segnalazioni rispetto al 2022, sono in larga parte riconducibili alle seguenti 5 macrocategorie:

- o malattie a trasmissione alimentare: infezioni, tossinfezioni di origine alimentare (88; +114,6%), epatite virale A (26; +62,5%), leptospirosi (11; +1.000%), epatite virale E (10; +400%);
- o malattie a trasmissione aerea: scarlattina (1.499; +1.547,3%), varicella (310; +101,3%), malattia batterica invasiva (208; +89,1%), micobatteriosi non tubercolare (56; +51,4%), parotite epidemica (45; +164,7%), herpes zoster (26; +100%);
- o malattie trasmesse da vettori: dengue (99; +312,5%), leishmaniosi viscerale (11; +83,3%);
- o malattie a trasmissione da contatto: scabbia (1.779; +158,6%), dermatofitosi (207; +146,4%), pediculosi e ftiriasi (96; +242,9%);
- o malattie sessualmente trasmesse: sifilide (249; +81,8%);

Infine, nel 2023 il tasso di notifica di malattia infettiva nel Lazio in soggetti residenti si è attestato a 121,06 per 100.000 residenti.

Una analisi dei dati sulle malattie infettive soggette a sorveglianza nella Regione Lazio con data di insorgenza dei sintomi compresa nell'intervallo temporale dal 1° gennaio 2017 al 31 dicembre 2023 è stata condotta dal SERESMI/Regione Lazio. L'analisi ha mostrato che immediatamente dopo l'inizio della pandemia di COVID-19, è stata registrata una riduzione significativa, netta e immediata dei casi mensili per tutte le Malattie infettive soggette a notifica (-86,73%), indipendentemente dalla via di trasmissione. La diminuzione è stata particolarmente significativa per le malattie trasmesse da vettori, alimenti e vie respiratorie (MR) e in generale nel sesso femminile.

Nel periodo di transizione post-pandemica (2022–2023), si è osservato un **significativo incremento nei livelli mensili di incidenza** delle malattie infettive, con aumenti statisticamente rilevanti per le **infezioni sessualmente trasmissibili e a trasmissione ematica, le infezioni da contatto e quelle a trasmissione respiratoria**.

Il confronto tra i **dati real-world** (ovvero i dati osservati nella pratica clinica e nella sorveglianza epidemiologica reale) e uno **scenario controfattuale** (modellato per stimare l'andamento atteso in

assenza della pandemia da COVID-19) ha evidenziato un **aumento del 177,4%** nell'incidenza delle infezioni **non prevenibili mediante vaccinazione**, con un incremento generalizzato in tutte le principali categorie infettive analizzate.

2. SCOPO

La rete regionale di malattie infettive è un sistema organizzato e coordinato finalizzato alla sorveglianza, alla prevenzione e al controllo delle malattie infettive all'interno della regione. Essa si configura come un insieme di strutture, professionisti e risorse che collaborano per condividere dati epidemiologici, ottimizzare le strategie di intervento e garantire un'efficace gestione delle emergenze sanitarie. L'obiettivo principale della rete è di migliorare la qualità dell'assistenza, ridurre la diffusione delle malattie infettive e promuovere interventi tempestivi e mirati, contribuendo così alla tutela della salute pubblica a livello regionale.

La RMI è direttamente coinvolta nell'implementazione dei Piani Regionali di prevenzione e controllo delle malattie infettive, in attuazione dei Piani Nazionali e in periodico aggiornamento, con particolare riguardo ai patogeni a potenziale pandemico; arbovirus; infezioni resistenti agli antimicrobici; Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA); HIV; epatiti virali e Infezioni Sessualmente Trasmesse. (vedi riferimenti normativi).

Il Piano di Rete è soggetto a revisione periodica in relazione a nuovi obiettivi di programmazione Regionale, variazione dei bisogni di salute, aggiornamento delle evidenze scientifiche disponibili, eventuali criticità emerse nei processi organizzativi o assistenziali.

3. AMBITI DI APPLICAZIONE

A CHI	Tutti gli operatori coinvolti in processi clinico-assistenziali rivolti alla diagnosi e alla terapia della sindrome infettiva
DOVE	Tutte le articolazioni organizzative e tutte le strutture ospedaliere e territoriali coinvolte in processi clinico-assistenziali rivolti alla presa in carico territoriale, alla diagnosi e alla terapia della sindrome infettiva e alle successive fasi di riabilitazione.
QUANDO	Durante l'erogazione di tutto il processo clinico-assistenziale per la diagnosi e la terapia della sindrome infettiva dal soccorso sul territorio fino alla riabilitazione post-acuzie.

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata.
AO	Azienda Ospedaliera.
Audit	Metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell'assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di <i>best practice</i> , attuare le azioni di miglioramento individuate e monitorarne l'impatto.
Back-transport	Trasporto di rientro di un paziente da un centro di livello superiore a uno di livello inferiore.
CAHS	Coordinamento di Area Hub e Spoke

Centralizzazione primaria	Trasporto del paziente dalla scena del soccorso al luogo di cura più idoneo per il trattamento, con l'obiettivo di contrarre i tempi di trattamento e migliorare l' <i>outcome</i> finale.
Centralizzazione secondaria	Il trasferimento del paziente da Spoke a Hub per le necessità clinico assistenziali.
CO	Centrale Operativa del 118.
DEA	Dipartimento di Emergenza e Accettazione.
Dispatch	Funzione della Centrale Operativa 118 che coordina tutte le chiamate riguardanti l'emergenza sanitaria e che si basa sulla ricezione della richiesta di soccorso, la raccolta strutturata di dati da parte dell'operatore e l'invio del mezzo di soccorso più idoneo.
MMG	Medico di Medicina Generale.
MR	Malattie respiratorie
PDTA	Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali: sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti, oltre al paziente stesso, a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguata per una specifica sindrome.
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PNE	Programma Nazionale valutazione Esiti.
PO	Presidio Ospedaliero
PREVALE	Programma della Regione Lazio di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari, fa parte del PNE.
PRI	Progetto Riabilitativo Individuale.
PS	Pronto Soccorso.
Rendez-vous	Attività del sistema ARES 118 che consiste nel ricongiungimento, sulla scena del soccorso, o in itinere, fra un mezzo di soccorso non medicalizzato e l'automedica.
Rete di continuità assistenziale	Rete che, dopo aver individuato i bisogni del paziente, garantisce l'estensione non interrotta nel tempo degli obiettivi assistenziali, con appropriate modalità di erogazione dell'assistenza, secondo un approccio continuativo da un livello di cura a un altro, sia esso domiciliare, ospedaliero o di altro tipo.
RMI	Rete clinico-assistenziale per le malattie infettive
Ricoveri di riabilitazione	Ricoveri di pazienti dimessi da reparti appartenenti alle discipline: 1. Unità Spinale codice 28; 2. Recupero e riabilitazione funzionale codice 56; 3. Neuroriabilitazione codice 75; 4. Ricoveri effettuati in istituti di sola riabilitazione esclusa lungodegenza, codice 60.
TC	Transitional care

5. ORGANIZZAZIONE

La RMI è una rete clinica costituita da un sistema Hub e Spoke delle Unità Operative di Malattie Infettive, e si integra in un progetto unitario con le funzioni di sorveglianza e prevenzione svolte da altre Strutture del Servizio Sanitario Regionale. La sua collocazione in ambiente ospedaliero assume particolare rilevanza nella sorveglianza di eventi sentinella relativi al rischio infettivo e nella prevenzione e delle infezioni ospedaliere.

L'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani, in ragione della sua mission, assume il ruolo di supporto tecnico-scientifico alla Direzione Regionale per la programmazione e il governo clinico della RMI.

Le Unità Operative di Malattie Infettive (UOMI) svolgono il ruolo di riferimento clinico per il ricovero specialistico e, nell'ambito dei riferimenti di Rete, un'attività di collaborazione con le Aziende non dotate di U.O. Specialistiche per il monitoraggio delle infezioni ospedaliere e le azioni di antimicrobial stewardship.

La RMI si integra con le attività delle seguenti strutture del Servizio Sanitario Regionale:

- Servizio Regionale per Epidemiologia, Sorveglianza e controllo delle malattie infettive (SERESMI/Spallanzani) costituisce il riferimento regionale di epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive e fornisce supporto tecnico alla Direzione Regionale;
- Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC): organismo tecnico di supporto alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria sui temi inerenti la gestione del rischio clinico, compresi quelli relativi al rischio infettivo, con l'obiettivo di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e aumentare la sicurezza dei pazienti e degli operatori;
- Rete dei Laboratori di Microbiologia: il coordinamento elabora le linee di indirizzo per la corretta diagnostica e aggiorna le procedure di raccolta e di invio dei campioni biologici da parte delle strutture della rete e collaborano con i corrispettivi Laboratori di Riferimento Nazionale;
- Servizi di Prevenzione: sono collegati con le UOMI e promuovono in sinergia attività di prevenzione del rischio infettivo e di preparazione ad eventuali eventi pandemici.

5.1. Funzioni

La RMI è stata sviluppata secondo gli standard contenuti nel DM n.70/2015 e l'analisi del fabbisogno epidemiologico regionale, ed è costituita da tre *setting* assistenziali che corrispondono alle principali fasi del processo clinico-assistenziale incluse negli specifici PDTA.

La RMI nella sua globalità ha delle funzioni generali di:

- Attivazione dei PDTA per sindrome specifica e delle azioni relative al piano pandemico;
- Gestione dei ricoveri in ambiente specialistico;
- Formazione sul campo relativa alla prevenzione, sicurezza degli operatori e qualità dei percorsi assistenziali;
- Supporto a Programmi di sorveglianza;
- Predisposizione dei documenti di prevenzione e contrasto alle ICA e AMR come indicato nel PNCAR 2022-2025;

A. *Setting 1 – Sistema di Emergenza-Urgenza*

Il sistema di Emergenza-Urgenza è gestito da ARES 118, ed è organizzato dalle Centrali Operative regionali (CO118) che svolgono l'attività con un'unica metodologia di *dispatch*, soccorso e centralizzazione.

Ai diversi livelli organizzativi, il personale è formato sulle procedure/protocolli aziendali per il riconoscimento di segni e sintomi delle sindromi infettive, la valutazione con scale cliniche di priorità e gravità dell'evento, l'esecuzione di procedure di emergenza ed il trasporto in sicurezza, la necessità di eventuali precauzioni nella gestione di pazienti potenzialmente contagiosi a diversi gradi di complessità.

B. Setting 2 – Rete Ospedaliera

Il Sistema dell'Emergenza Urgenza nella fase ospedaliera è gestito, nell'ambito della Rete dell'Emergenza delle malattie infettive adulti e delle malattie infettive pediatrica, dai PS/DEAI/DEAII.

C. Setting 3 – Post-Acuzie e Servizi Territoriali

Nella fase post-ospedaliera la RMI è dotata di percorsi di assistenza in post-acuzie e/o nei servizi territoriali erogati da strutture pubbliche e accreditate.

5.2. Modello organizzativo

La RMI è costituita su tre livelli secondo il modello Hub e Spoke e le UOMI sono situate per sede e numero di posti letto secondo quanto previsto nella DGR 869/2023 della Programmazione Ospedaliera e s.m.i.

La RMI è distinta per età di accesso in una rete:

- Adulti: 4 Hub, 5 Spoke con UOMI e 37 PS/DEA senza UOMI;
- Pediatrica: 1 Hub pediatrico, 3 spoke con UOMI e 21 spoke senza UOMI e con reparto di pediatria

L'HUB è struttura ospedaliera dotata di:

- Unità Operativa di malattie infettive con la presenza dello specialista h24;
- Radiologia con Angio-TC h 24;
- Radiologia Interventistica h 24 anche in reperibilità;
- Laboratorio h 24;
- Chirurgia h 24;
- Terapia Intensiva con possibilità di isolamento in box a pressione positiva/negativa.

L'INMI L. Spallanzani, in qualità di **Centro di Riferimento Nazionale**, svolge un ruolo regionale di **Centro di Coordinamento Assistenziale**, come definito nelle precedenti sezioni, con funzioni di governo clinico per la funzione di malattie infettive, gestione dei ricoveri specialistici, formazione sul campo predisponendo incontri periodici di Rete.

L'INMI Spallanzani costituisce il centro di riferimento per l'attività di teleconsulto nella RMI al fine di indicare le misure idonee e la sede più appropriata di ricovero specialistico in funzione della complessità clinica. In questa funzione le UO dell'INMI coinvolte nell'attività di teleconsulto devono sviluppare un modello omogeneo di approccio e comportamento che dovrà essere sottoposto alla valutazione del Coordinamento Regionale della RMI.

L'INMI Spallanzani dovrà proporre un programma regionale relativo a infezioni batteriche con particolari profili di resistenza e valuterà la fattibilità di costituzione di coorti omogenee di pazienti e di arruolamento in percorsi terapeutici innovativi.

L'INMI Spallanzani per la sua attività assistenziale ha definito un Accordo (delibera aziendale 270 del 14.04.2025) con l'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini al fine di garantire, integrando le

loro professionalità, i servizi necessari a svolgere le loro funzioni di Hub Regionale nelle Reti di patologia.

Nell'ambito del **“Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) e il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) -PP10**, la rete regionale di malattie infettive, coordinata dall'INMI, prevede la definizione di strutture Hub e Spoke dove, gli ospedali Hub coordinano le attività per l'istituzione di un team per l'Antimicrobial Stewardship (AS) negli Spoke di competenza e organizzano, come previsto per le reti organizzate in un modello hub e spoke, audit e report periodici.

Negli Ospedali Hub deve essere attivato un team multidisciplinare con il compito di: mantenere la continuità assistenziale specifica durante il ricovero ospedaliero; gestire i bisogni assistenziali, terapeutici e di supporto al paziente e alla famiglia; individuare precocemente il percorso più appropriato verso altri *setting* assistenziali secondo i criteri di ammissione definiti nei documenti regionali.

Il Team funzionale multidisciplinare va istituito con atto formale della Direzione Strategica e deve comprendere almeno le seguenti professionalità: infettivologo, anestesista-rianimatore, medico emergenza-urgenza, radiologo, cardiologo, fisioterapista, fisiatra, professioni sanitarie, psicologo, assistente sociale e direzione sanitaria.

La Rete di Malattie Infettive, strutturata secondo il modello Hub & Spoke, prevede la presenza delle UOMI negli Ospedali Hub e in alcuni Ospedali Spoke, ed è distinta per età di accesso nei seguenti livelli:

- Adulti:
 - o 4 Hub;
 - o 5 Spoke con UOMI;
 - o 37 PS/DEA senza UOMI
 - o 1 Punto di Erogazione (PE) di malattie infettive presso una struttura accreditata non dotata di PS/DEA con posti letto a disposizione della rete per ricovero specialistico;
- Pediatrica:
 - o 1 Hub pediatrico;
 - o 3 Spoke con UOMI;
 - o 21 Spoke senza UOMI e con reparto di pediatria.

Ospedale SPOKE dotato di UOMI:

- unità operativa di malattie infettive senza disponibilità h24 dello specialista;
- Radiologia con Angio-TC;
- Laboratorio h24;
- Chirurgia h24;
- Collegamento operativo formalizzato con l'Hub di riferimento.

Negli Ospedali Spoke dotati di UOMI deve essere attivato un team multidisciplinare con le funzioni descritte per l'Hub, istituito formalmente con le figure professionali disponibili nella struttura.

Ospedale SPOKE senza disponibilità di UOMI:

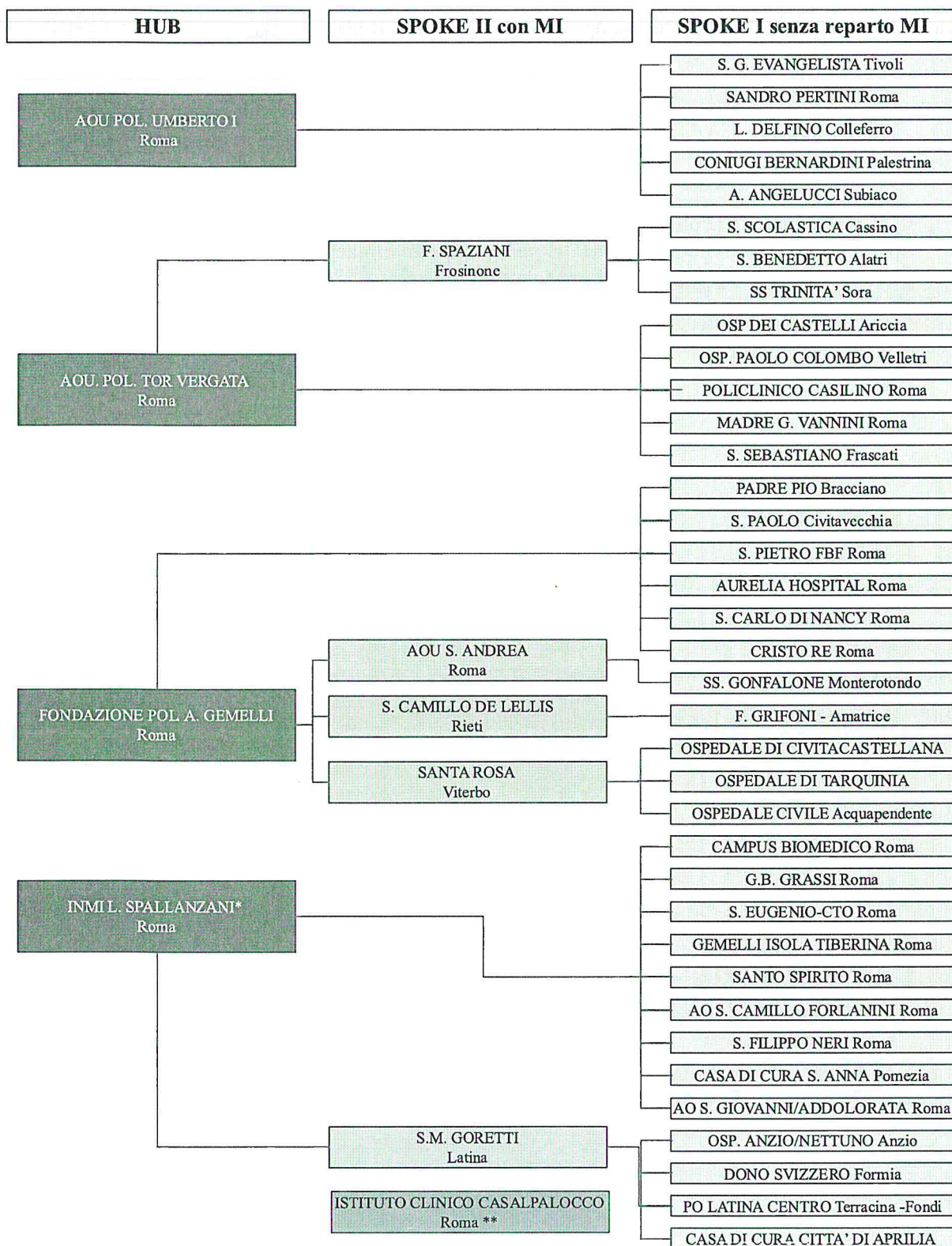
- Personale formato per riconoscimento di segni e sintomi e valutazione di sindromi infettive
- Radiologia con Angio-TC
- Chirurgia
- Collegamento operativo formalizzato con le strutture ospedaliere di riferimento dotate di UOMI.

Negli Spoke senza disponibilità di UOMI deve essere individuata una figura professionale clinica con il ruolo di coordinamento e riferimento per la gestione della RMI.

5.3. Rete malattie infettive adulti

La RMI è articolata in quattro aree di riferimento secondo il modello Hub e Spoke, organizzato in base alle caratteristiche cliniche dei pazienti. Il modello prevede:

- **INMI Spallanzani** svolge il ruolo di Hub regionale per i casi di malattie infettive di elevata complessità e gravità, nonché per il ricovero di patologie altamente contagiose, gestite in un apposito Reparto di “Alto Isolamento”. Inoltre, fornisce supporto specialistico attraverso attività di teleconsulto;
- **I DEA di II livello** (Policlinico Umberto I, Policlinico Tor Vergata, Policlinico Gemelli e INMI Spallanzani) assume il ruolo di HUB per le rispettive macroaree di riferimento, garantendo la gestione dei ricoveri specialistici in Malattie Infettive.

Rete Malattie Infettive Adulti

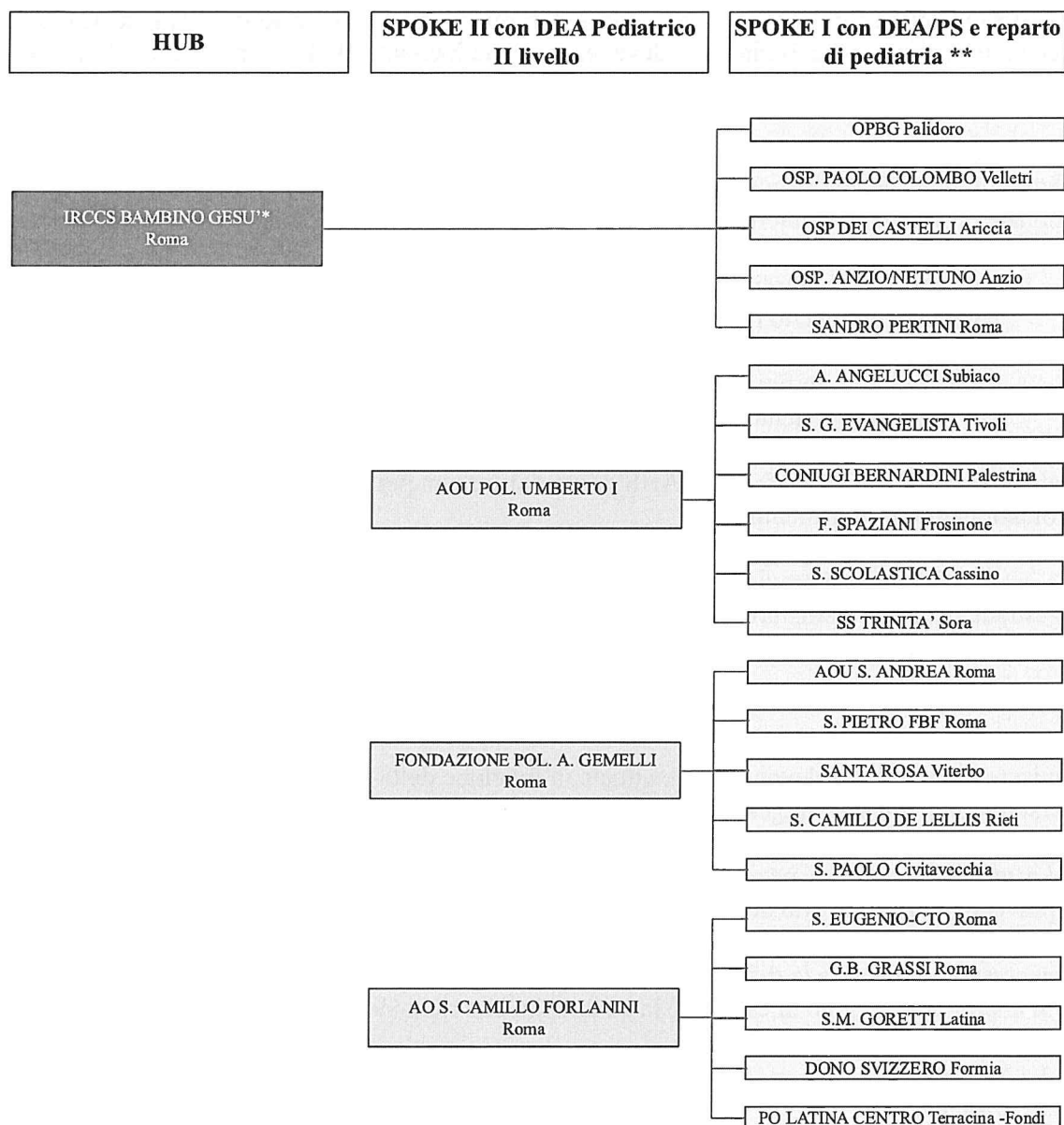
*INMI HUB regionale per i casi di malattie infettive di elevata complessità e intensità o ricovero di patologie altamente contagiose in Reparto di «Alto isolamento» e per l'attività di teleconsulto

** Struttura senza PS/DEA con PL a disposizione della Rete per ricovero specialistico.

5.4. Rete malattie infettive pediatrica

La RMI pediatrica è costituita da tre aree di riferimento Hub e Spoke. I PS/DEA senza reparto di pediatria che necessitano di assistenza specialistica dovranno afferire al DEA II di riferimento della ASL territoriale.

Rete Malattie Infettive Pediatrica



*OPBG Roma, in collaborazione con INMI come HUB/HUB nel caso di coppia mamma/figlio

OPBG Roma svolge anche il ruolo di HUB per i PS/DEA:

-senza reparto di M.Inf. mediante il Sistema di Teleconsulto;

-con reparto di M.Inf. in caso di necessità di trattamento ad elevata assistenza .

** I PS/DEA senza reparto di Pediatria che necessitano di assistenza specialistica dovranno afferire al DEA II di riferimento della ASL territoriale.

5.5. Centralizzazione secondaria

La centralizzazione secondaria viene attuata dalla Struttura inviante, secondo la propria organizzazione, previa condivisione del percorso con la struttura ricevente. Nel caso di tempistiche non compatibili con le procedure terapeutiche tempo-dipendenti, il sistema ARES 118 viene attivato per il trasporto secondario con personale medico della struttura di accesso del paziente secondo quanto previsto dalla Determinazione del 10 ottobre 2018, n. G12771. La centralizzazione secondaria non deve essere condizionata dalla disponibilità di posto letto specialistico o di Terapia Intensiva.

5.6. Back transfer

Il rientro di un paziente da un centro di livello superiore a uno di livello inferiore è un'opportunità gestionale prevista dalla Determina n15959/2022 (flusso di ricovero) che può essere attivata nei seguenti casi:

1. pazienti con centralizzazione secondaria da un Centro Spoke all'Ospedale HUB, che abbiano completato i trattamenti specifici da parte del Team multidisciplinare;
2. Pazienti con centralizzazione primaria verso l'Ospedale HUB, che abbiano completato i trattamenti specifici da parte del Team multidisciplinare e possono essere inviati all'Ospedale Aziendale di riferimento per la sua residenza dotato delle competenze necessarie a completare il percorso clinico.

Relativamente al back Transfert, il CAHS dovrà definire un percorso che indichi le seguenti azioni e professionalità di riferimento:

- a. Modalità di gestione della comunicazione tra Hub e Spoke
- b. Tempistica prevista per la presa in carico

La gestione del Back Transfert è gestita dal punto di vista clinico tra i coordinatori della RMI e dal punto di vista organizzativo tra i team operativi ospedalieri.

5.7. Misure di protezione

Le misure di protezione devono essere attuate in funzione della situazione epidemiologica e secondo diversi livelli di allerta e di gestione all'accesso delle persone al Pronto Soccorso e in Ospedale:

A. Misure di isolamento durante fase interpandemica

La presa in carico di pazienti con sospetta sindrome infettiva durante la fase interpandemica prevede la messa in atto delle misure previste di isolamento respiratorio, droplet e/o da contatto, fornendo a operatori, pazienti ed eventuali familiari visitatori presenti in Pronto Soccorso dei DPI necessari a prevenire la diffusione dell'infezione

Si citano, a solo titolo di esempio, le condizioni che richiedono l'isolamento respiratorio:

1. Tubercolosi polmonare
2. Morbillo
3. Varicella
4. Infezione da SARS-CoV-2
5. Le condizioni cliniche che fanno porre il sospetto di tubercolosi bacillifera o di malattie infettive che necessitano di isolamento da droplet o da contatto vanno poste in regime di isolamento e le modalità di ingaggio per consulenza/trasferimento sono dettagliate negli allegati della RMI consultabili su sito <https://www.inmi.it/bedmanager/>

B. Misure di isolamento durante la fase di allerta

La fase di allerta rappresenta una fase intermedia tra l'interpandemica e la pandemica, in cui si rileva un aumento anomalo e sostenuto di casi sospetti o confermati di malattia infettiva a trasmissione respiratoria o da contatto, tale da richiedere l'introduzione di misure di sorveglianza intensificata e l'attivazione di percorsi intraospedalieri dedicati, pur in assenza della dichiarazione ufficiale di pandemia.

In questa fase è necessario:

- Rafforzare la sorveglianza epidemiologica, anche attraverso il monitoraggio degli accessi al PS con sintomi compatibili;
- Garantire la disponibilità e l'uso appropriato dei DPI per tutto il personale, i pazienti e gli eventuali accompagnatori;
- Allestire un punto di valutazione rapida in prossimità del PS, ove effettuare screening clinico e raccolta dei criteri anamnestici ed epidemiologici;
- Iniziare l'identificazione di aree separate per la gestione dei pazienti sospetti, valutando la progressiva attivazione di percorsi differenziati;
- Istituire briefing quotidiani con il personale sanitario e amministrativo per aggiornamenti sulla situazione e revisione delle misure adottate;
- Garantire la disponibilità di test diagnostici rapidi ove disponibili, con definizione condivisa della *case definition* in uso.

L'obiettivo della fase di allerta è quello di intercettare precocemente i casi sospetti, contenere la diffusione del contagio e preparare la transizione organizzativa verso una gestione pandemica, qualora necessario.

C. Misure di isolamento durante fase pandemica

La presenza di una pandemia determina la necessità di valutare le persone prima dell'accesso, identificare percorsi dedicati, adottare in entrambi i percorsi le misure di protezione previste e attuare test di screening.

In queste condizioni è prevista l'istituzione dell'area di pre-triage h 24, quanto più prossima all'ingresso dell'Ospedale e al suo interno devono essere rispettate le Raccomandazioni per la prevenzione o limitazione della diffusione dell'infezione.

La persona deve essere dotata di mascherina chirurgica o superiore (come FFP2) ed eseguire igiene delle mani anche mediante l'uso di soluzione idroalcolica. L'operatore, dotato di idonei DPI, rileva parametri vitali inclusi di saturazione di ossigeno ed effettua il colloquio mantenendosi ad una distanza di almeno un metro. Nel corso del colloquio devono essere raccolte le informazioni anamnestiche del caso, inclusi i criteri epidemiologici specifici. In presenza di febbre, tosse, dispnea e/o di criteri anamnestici e/o link epidemiologici, la persona deve essere trasferita all'area di valutazione, mentre, in assenza, la persona viene inviata al triage del PS. Laddove sia stato identificato un test per la diagnosi rapida o meno della MI pandemica, esso deve essere effettuato sin dal primo accesso alla struttura ospedaliera nei pazienti che rientrino nella definizione di caso.

L'area di valutazione deve essere separata e isolata dal PS, dotata di postazioni e di personale dedicato o attivabile in relazione alla curva epidemiologica al fine di mantenere un percorso idoneo per l'attività di emergenza. Laddove possibile dovrebbe essere individuata un'area di ingresso e di valutazione completamente differenziata.

La sua dotazione, valutata sempre in overtriage, dovrà prevedere un numero di postazioni coerenti con l'andamento epidemiologico.

L'area prevista deve avere le seguenti peculiarità:

- Capacità di accesso con ambulanze 118;
- Livelli adeguati di isolamento, possibilmente con pressione negativa;
- Disponibilità all'interno di una sala di emergenza e di postazioni dotate di ossigeno nell'intera area;
- Percorso dedicato verso dipartimento di immagine compatibilmente con gli scenari clinici e comunque sempre con gli adeguati DPI;
- Strumenti di diagnostica ecografica e radiologica dedicati per l'esecuzione di esami al letto del paziente nelle strutture ad alti volumi.

Al termine della fase di valutazione per la condizione pandemica, il caso non dimissibile, se confermato, sarà ricoverato nel reparto dedicato, se non confermato potrà continuare il suo percorso assistenziale nell'Ospedale secondo le sue necessità cliniche.

5.8. Sistema di teleconsulto ADVICE

La RMI è dotata di un sistema di teleconsulto denominato ADVICE, che permette la visita del paziente da remoto, la condivisione di immagini e di dati clinici. Questo sistema consente di garantire un avvio precoce del trattamento e di individuare la sede di ricovero più appropriata, in conformità alla Determinazione n. G16185/2018, cui si rimanda per i dettagli sulla metodologia di attivazione, documentazione da consegnare e percorsi di sicurezza in caso di non disponibilità della trasmissione. È in corso l'attivazione del sistema ADVICE da reparto secondo quanto previsto dalla Determina n. G07527/2025.

Nella RMI il professionista di riferimento dell'Hub per il teleconsulto è lo specialista di malattie infettive, nel caso di necessità di consulenza di terapia intensiva viene coinvolto l'anestesista-rianimatore.

6. MONITORAGGIO

Nella Tabella 1 sono riportati gli indicatori che saranno utilizzati dal CRRMI Coordinamento Regionale per effettuare le attività di audit ed elaborare i piani di miglioramento.

Tabella 1 – Indicatori per il monitoraggio della RMI		
Fase	Indicatore	Fonte
1 - PRE	centralizzazione primaria dei pazienti con sospetta MI	SIES-SIO
2 - OSP	Tempo di permanenza in PS tra l'accesso in PS e la presa in carico e tra la presa in carico e il ricovero o trasferimento	SIES
2 – OSP	volume, tempistica ed esiti di teleconsulti ADVICE	SIES-ADVICE
2 – OSP	Numero di centralizzazione secondarie da Ospedale Spoke	SIES-SIO
2 – OSP	Percentuale di ricoveri in reparto specialistico	SIO
2 – OSP	Degenza media in reparto di UOMI	SIO
2 – OSP	Esito ricovero per patologia e disciplina di ricovero	SIO
2 – OSP	Volume di Cambio di setting	SIO-RAD-R

Il monitoraggio della RMI richiede che le diagnosi vengano classificate secondo le seguenti categorie sindromiche indicate nell'allegato 1.

7. STRUMENTI

La Regione Lazio ha recepito le linee guida nazionali sui servizi di telemedicina e sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), e con la DGR n. 643 del 26 luglio 2022 ha definito la metodologia di implementazione e attivazione dei servizi.

La condivisione della documentazione clinica è la condizione determinante per rendere operativi in tempo reale i nodi della Rete e facilitare la presa in carico della persona, l'attivazione dei servizi di prossimità.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico costituisce lo strumento attraverso il quale disporre in modo strutturato e specifico delle informazioni cliniche per la presa in carico della persona costituiti dalla documentazione sanitaria (referti, ricette dematerializzate etc.), inclusi quelli inseriti nella cartella clinica di ricovero, per la prenotazione degli esami e visione del diario clinico.

Il sistema ADVICE di teleconsulto, attualmente utilizzato nella Rete di Emergenza, deve evolvere per consentire la discussione dei casi clinici nel gruppo multidisciplinare, la visione della documentazione clinica e degli esami diagnostici, la videoconferenza per la second opinion, sincrona o asincrona e la telecooperazione.

Gli strumenti di televisita già a disposizione delle Aziende Sanitarie sono oggetto di un progetto di omogeneizzazione e integrazione a livello regionale, secondo quanto previsto con la DGR n. 643/2022.

8. RICERCA

La Rete Regionale Malattie Infettive costituisce un'opportunità per lo sviluppo al suo interno di una rete di ricerca traslazionale, clinica, e organizzativo-gestionale.

Il CRRMI ha l'obiettivo di:

- promuovere la partecipazione dei nodi della Rete all'attività di ricerca e i collegamenti con network nazionali e/o internazionali;
- produrre nel report annuale il censimento dell'attività di ricerca in corso;
- coinvolgere i referenti della Sanità Partecipata.

Nel quadro del rafforzamento delle attività di ricerca e innovazione in ambito sanitario, la Regione Lazio sta completando la realizzazione di una piattaforma digitale per la raccolta, la gestione e la consultazione di tutti gli studi scientifici approvati dai Comitati Etici operanti sul territorio regionale e quelli in cui le Strutture Regionali sono impegnati a livello nazionale e internazionale. Tale iniziativa assume un'importanza strategica in quanto contribuirà a migliorare la conoscenza, la trasparenza e l'accessibilità alle sperimentazioni cliniche in corso, sia da parte dei professionisti sanitari sia da parte dei pazienti e dei loro caregiver.

La piattaforma costituisce una banca dati dinamica, alimentata direttamente dai centri di ricerca e dagli enti promotori degli studi, attraverso i Comitati Etici, con un'interfaccia web user-friendly pensata per garantire la massima fruibilità delle informazioni. Essa permetterà:

- la consultazione degli studi attivi con possibilità di ricerca per patologia, trattamento, struttura coinvolta, promotore e altri criteri rilevanti utilizzando sistemi di codifica internazionali (es. ICD9-CM);
- la visualizzazione sintetica delle informazioni salienti di ogni studio, come titolo, stato dell'arruolamento, obiettivo terapeutico e contatti di riferimento;
- l'accesso differenziato per professionisti della salute e pazienti, tramite due portali dedicati.

9. PROGRAMMA DI MIGLIORAMENTO E FORMAZIONE

Il Coordinamento della RMI ha il compito di individuare gli obiettivi annuali del piano di miglioramento e dei percorsi di formazione sulla base dell'esito dei monitoraggi, gli ambiti di intervento, gli obiettivi, gli indicatori, e azioni utili a migliorare il percorso assistenziale.

I principali strumenti di questo programma sono la diffusione dei report assistenziali e un programma di incontri periodici di "Audit e Feedback", utilizzando come strumenti di confronto le evidenze disponibili, l'esperienza personale dei componenti del gruppo multidisciplinare e i risultati del monitoraggio. A questo fine si allega il modello regionale per la rilevazione dei singoli incontri.

Il coinvolgimento trasversale delle unità operative e della comunità professionale è lo strumento determinante per un feedback positivo promuovendo la conoscenza dei risultati del monitoraggio la condivisione degli obiettivi e delle modalità operative dei percorsi di innovazione e dell'intero processo di miglioramento.

Questa metodologia consente di valorizzare le risorse interne, individuando e responsabilizzando le competenze professionali in relazione ai contenuti delle azioni previste.

Il percorso formativo della RMI prevede le seguenti azioni:

- a. Diffusione on line del Piano di Rete Malattie Infettive e degli allegati contenenti i protocolli operativi del Sistema Emergenza-Urgenza 118 e degli Ospedali inclusi nella Rete;
- b. Percorso formativo regionale con attività FAD sul Piano di Rete;
- c. Percorso formativo su specifici aspetti assistenziali coordinati dall'Hub di riferimento;
- d. Attivazione negli Ospedali sede di MI di un percorso ECM Aziendale di Formazione sul Campo del team multidisciplinare per la revisione di casi clinici strutturato secondo un calendario di incontri periodici;
- e. Ruolo formativo degli Ospedali HUB verso le strutture ospedaliere della propria Area di afferenza;
- f. Attivazione di processi di formazione su tecniche di isolamento e protezione e di prevenzione delle infezioni ospedaliere;
- g. Incontro semestrale tra i team multidisciplinari degli HUB e audit annuale della RMI.

10. ATTIVITA' DI COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE

L'insorgenza di una sindrome infettiva acuta rappresenta un momento di grande difficoltà e impatto emotivo sia per il paziente che per i suoi familiari. Nell'elaborazione dei PDTA le strutture dovranno porre particolare attenzione nella definizione dei tempi e dei modi per una corretta comunicazione con i soggetti coinvolti, con l'obiettivo di accompagnarli al meglio in un percorso non semplice e migliorare la compliance con le scelte terapeutico-assistenziali.

Se da un lato è cruciale che gli operatori sanitari possiedano conoscenze aggiornate e competenze cliniche evidence-based, dall'altro sono necessarie le competenze relazionali e comunicative.

Gli operatori sanitari sono spesso coinvolti nella comunicazione con i caregiver che hanno un ruolo di supporto cruciale nel percorso assistenziale, proprio per questi motivi, promuovere la comunicazione nei sanitari che operano nella presa in carico della persona con sindrome infettiva acuta è una priorità per migliorare l'assistenza al paziente e alla sua famiglia.

Il CRRMI svilupperà un percorso con la Cabina di Regia Regionale nell'ambito del "Participation Act", approvato con delibera n.736 del 15 ottobre 2019 "Ruolo e strumenti di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nella programmazione e valutazione dei Servizi Sanitari Regionali. Atto di indirizzo", al fine di creare sinergie nelle attività e efficacia della comunicazione con le Associazioni dei pazienti. L'esperienza della persona è un fattore determinante per lo sviluppo di azioni di miglioramento della qualità dell'assistenza: cittadini e associazioni possono presentare testimonianze ed esperienze preziose che l'Amministrazione può considerare come "patient evidence", sull'esempio di quanto già avviene nei processi di HTA o nel disegno di trial clinici, tramite l'utilizzo di Patient Reported Outcomes Measures (PROMs) e Patient Reported Experience Measures (PREMs), anche per il monitoraggio del buon funzionamento delle reti assistenziali.

Il materiale prodotto sarà oggetto di una campagna informativa con la collaborazione dei servizi territoriali, dei MMG/PLS, Associazioni di tutela dei pazienti regolarmente registrate nei Gruppi di partecipazione attiva.

A tal proposito, si rende necessario, nell'ambito dei programmi formativi, la pianificazione annuale e su tutto il territorio regionale di una campagna "Stop the Sepsis" organizzata da INMI/Regione Lazio e diretta ai MMG/PLS e poi alle associazioni cittadine per una campagna allargata alle scuole e ai servizi territoriali.

11. RETE REGIONALE MALATTIE INFETTIVE

Il PDTA costituisce la revisione e l'aggiornamento del percorso clinico-assistenziale presente nell'allegato al DCA n.U00540/2015 "Percorso assistenziale per la gestione dei casi con patologia infettiva primaria o associata a comorbidità".

Il PDTA della RMI è sviluppato in tre fasi clinico-assistenziali corrispondenti ai tre setting assistenziale del Piano: pre-ospedaliera, ospedaliera e post-ospedaliera.

FASE 1 – PRE-OSPEDALIERA

Caratteristiche Generali

L'ARES 118 dispone di procedure e protocolli elaborati sulle indicazioni del presente documento e periodicamente aggiornati, per gestire le fasi di allarme, risposta e centralizzazione in cui siano incluse le attività e le procedure sulla scena e durante il trasporto.

Più nel dettaglio, la fase pre-ospedaliera riconosce tre momenti:

Allarme

1. Intervista telefonica: da parte dell'operatore sanitario di Triage della CO finalizzata a definire lo stato clinico generale secondo i criteri ABCDE ed i segni e i sintomi riferibili al sospetto di sindrome infettiva;
2. Triage Telefonico con assegnazione del codice di priorità sulla base delle risultanze dell'intervista;
3. Dispatch con identificazione del mezzo di soccorso idoneo secondo criteri di complessità, tempistica e logistica Tabella 2;

Tabella 2 – Criteri per l'attribuzione del codice di priorità e la scelta del mezzo da inviare da parte della CO del 118

CODICE	CRITERI CLINICI	MEZZO DA INVIARE
ROSSO	Alterazione dei parametri vitali – Almeno uno dei primari GCS<12 Distress respiratorio Ipotensione Tachicardia Con 1 o più dei secondari (non necessari per Rosso) Febbre > 38 con o senza brivido Sudorazione algida e/o calda Focus infettivo individuabile (es.: cistite, cellulite, ascesso, ecc.)	a. Invio di ambulanza con medico, ovvero di auto medica secondo la procedura di <i>rendez-vous</i> ; b. Se ambulanza con medico non disponibile o troppo lontana, invio dell'ambulanza con personale infermieristico più vicina e subito a seguire mezzo medicalizzato, se resosi disponibile
GIALLO	Presenza di febbre > 38° Presenza segni secondari (almeno uno) Febbre > 38 con o senza brivido Sudorazione algida e/o calda	Invio di ambulanza con personale infermieristico, con possibile supporto medicalizzato su richiesta dell'infermiere alla Centrale Operativa in seguito alla rivalutazione sul posto.

	Focus infettivo individuabile (es.: cistite, cellulite, ascesso, ecc.)	
	Positivo a Test di ricerca di patogeni	
	Anamnesi positiva per patologia o contatto	

L'invio dell'eliambulanza è consigliato solo nei casi in cui possa garantire una significativa riduzione dei tempi dell'intervento sia per la stabilizzazione che per la centralizzazione del paziente presso il presidio ospedaliero più idoneo.

Risposta

La risposta sulla scena viene effettuata dai sanitari che intervengono ed è rivolta a:

- definire l'evento e riassegnare il codice di priorità sulla base delle evidenze cliniche,
- effettuare una valutazione clinica,
- svolgere le attività assistenziali di rianimazione e stabilizzazione.

Il sospetto di segni e sintomi riferibili a sindrome infettiva richiedono l'attenzione all'utilizzo dei DPI propri per la condizione clinica riscontrata/ipotizzata.

I sanitari valuteranno nell'ambito dell'intervista anamnestica eventuali informazioni prioritarie:

- Informazioni relative all'anamnesi patologica remota
- Eventuali link epidemiologici con sindromi infettive acute note
- Segni o sintomi di gravità clinica
- Uso di indici clinici di stratificazione del rischio (Shock index, qSOFA score, Shock Index Pediatric age-Adjusted, pSOFA, GCS)

Centralizzazione primaria

La centralizzazione primaria è attuata sulla base dell'intervallo di tempo dall'esordio dei sintomi, del codice di triage assegnato sulla scena e delle condizioni di stabilità clinica del paziente Tabella 3. La CO deve avvisare la struttura ospedaliera dell'imminente arrivo di un paziente con sospetta sindrome infettiva contagiosa, comunicando il codice di triage e le informazioni cliniche indicate nella scheda di soccorso per attivare il percorso e le competenze cliniche specifiche.

Tabella 3 – Criteri per la centralizzazione primaria del paziente	
CODICE sul posto	STRUTTURA DI CENTRALIZZAZIONE
ROSSO	In caso di utilizzo di ambulanza con medico, o di automedica secondo la procedura di <i>rendez-vous</i> il paziente dovrà essere trasportato presso una Struttura Ospedaliera con unità di MI sede di DEA I/DEAII
GIALLO	Febbre > 38° o Anamnesi positiva per patologia o contatto verrà trasportato alla Struttura Ospedaliera più vicina dotata delle competenze ritenute necessarie
	In caso di evento pandemico si può prevedere che un Caso confermato per patologia infettiva verrà centralizzato in una Struttura Ospedaliera dotata di reparto di malattie infettive, anche attraverso <i>rendez-vous</i> con mezzo medicalizzato

La fase 1 – pre-ospedaliera termina con l'arrivo del paziente presso il PS e la consegna della scheda di soccorso.

FASE 2- OSPEDALIERA

Caratteristiche Generali

L'attivazione del percorso specifico e la tempestività della definizione clinica e diagnostica determinano una riduzione dei tempi di presa in carico da parte delle professionalità dedicate e di inizio del trattamento specifico.

Ciascuna struttura afferente alla RMI dovrà essere dotata di un PDTA sviluppato e contestualizzato sulla base dei contenuti di questo documento. Le aziende territoriali dovranno elaborare un PDTA al cui interno dovranno essere specificati i percorsi di tutte le strutture ospedaliere a gestione diretta. Il PDTA dovrà essere adottato in modo formale dalla struttura e sottoposto a manutenzione periodica e a revisione in coerenza con quello regionale.

La presa in carico del paziente con sindrome infettiva viene attuata da un team multidisciplinare, costruito secondo una logica inclusiva e formato sul percorso regionale, composto dall'anestesista-rianimatore, dal medico di urgenza, dall'infettivologo o da altre competenze disponibili secondo il livello di ospedale o in ragione del quadro clinico del paziente.

L'attivazione del percorso ospedaliero malattie infettive determina il coinvolgimento delle professionalità previste e l'esecuzione nel più breve tempo possibile della diagnostica appropriata al fine di determinare l'inizio dell'iter terapeutico secondo la tempistica indicata dalle evidenze disponibili.

Presa in carico

Le presa in carico del paziente da parte del team multidisciplinare avviene secondo i criteri indicati negli specifici PDTA, mantenendo il principio di valutazione olistica e nel rispetto di una tempistica coerente con le condizioni cliniche in cui siano eseguite comunque le seguenti attività:

- manovre di supporto alle funzioni vitali e di stabilizzazione con l'obiettivo prioritario di mantenere la Saturazione di O₂ su valori superiori al 95 % e monitorare la temperatura corporea e i parametri vitali;
- anamnesi dell'evento acuto con particolare riferimento alla tempistica e all'evoluzione, al rischio di esposizione, alle condizioni cliniche concomitanti e alle terapie farmacologiche in corso, eventuali link epidemiologici;
- valutazione clinica secondo i criteri ABCDE e il riconoscimento dei sintomi e segni specifici di malattia infettiva;
- valutazione secondo gli score clinici identificati nei singoli protocolli sindromici ad esempio: NEWS e GCS per le sindromi neurologiche, PMEWS, NEWS e CURB per le sindromi respiratorie, NEWS e criteri di gravità per dengue e malaria per le sindromi di ritorno dai tropici;
- esecuzione dei test di laboratorio specifici e della diagnostica di I e II livello identificati nei singoli protocolli sindromici.

Le attività sopra specificate devono consentire, nel più breve tempo possibile, di determinare:

- il sospetto o la definizione diagnostica;
- la precoce somministrazione della prima dose di antibiotici a largo spettro;
- l'esecuzione della consulenza infettivologica in presenza o a distanza;
- la gestione clinica secondo i criteri della "surviving sepsis campaign" nelle condizioni di maggiore gravità.

Identificazione della Sindrome infettiva

Le categorie diagnostiche descritte in *allegato 2* permettono di riunire le diverse condizioni cliniche su base sindromica ai fini di definire lo specifico PDTA e l'indicazione al ricovero in ambiente specialistico.

Al momento attuale sono disponibili e aggiornati sul sito web www.inmi.it/bedmanager i protocolli per le singole sindromi infettive acute: sindrome infettiva respiratoria acuta, sindrome infettiva neurologica acuta, sindrome infettiva gastroenterica acuta, sindrome infettiva itterica acuta, sindrome

infettiva esantematica acuta, sindrome infettiva di ritorno dai tropici, sindrome febbrile del torrente circolatorio e/o senza localizzazione d'organo, sindrome da infezione da HIV/AIDS.

Consulenza di Malattie Infettive

La richiesta di consulenza infettivologica è indicata in tutte le condizioni compatibili con il sospetto di sindrome infettiva ad insorgenza acuta/ipercuta che possano richiedere, oltre la necessità di isolamento, un livello di cura in ambiente specialistico o intensivo.

La consulenza può essere svolta in sede, se disponibile, o a distanza attraverso il sistema di teleconsulto "ADVICE" con lo specialista infettivologo della Struttura Ospedaliera di riferimento secondo l'organizzazione della Rete e la metodologia regionale prevista di cui sopra.

Il trasferimento del paziente in reparto specialistico può essere definito solo dopo una consulenza specialistica, che, se eseguita a distanza, richiede l'utilizzo del sistema ADVICE secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Le informazioni cliniche da inserire nel diario sono:

- **Epidemiologiche**
 - Fattori di rischio: sesso, età, condizione socio-economica, e comorbidità;
 - Eventuali cluster di comunità e/o condizioni di viaggio e mezzi di trasporto;
- **Cliniche**
 - presenza di malattie croniche di base, stato di gravidanza, obesità, valutazione globale della condizione psicofisica del paziente "*performance status*";
 - tipologia e data di esordio dei sintomi;
 - frequenza respiratoria e cardiaca, saturazione di ossigeno in aria ambiente e dopo trattamento, P/F ratio, pressione arteriosa, temperatura corporea, condizione neurologica;
 - Score di gravità (PMEWS o NEWS, CURB. GCS, ecc.) previsti dai protocolli di rete;
- **Diagnostiche**
 - Esito dei test bioumorali e microbiologici e della diagnostica per immagini

La consulenza infettivologica è finalizzata a definire:

- A. Conferma diagnostica;
- B. Indicazione del percorso clinico-terapeutico ed eventuali necessità di ulteriori accertamenti;
- C. Valutazione della necessità di isolamento e di ricovero in ambiente specialistico o dedicato;

La consulenza a distanza viene eseguita da:

- Centro Regionale INMI Spallanzani per le sindromi a elevata complessità ed intensità di cura o ricovero di patologie altamente contagiose in Reparto di "Alto Isolamento"
- Hub per gli Spoke dotati di UOMI;
- Spoke dotato di UOMI per gli Spoke senza disponibilità di UOMI.

Il consulente infettivologo individua il setting di cura e coinvolge l'anestesista-rianimatore in presenza di condizioni che necessitino la valutazione per eventuale ricovero in Terapia Intensiva. INMI può essere coinvolto e comunque supervisiona.

Indicazioni per il ricovero in reparto specialistico

Il ricovero del paziente in un Ospedale, dotato di competenza di malattie infettive, può prevedere possibili scenari i tre diversi livelli assistenziali:

Ricovero in reparto di malattie infettive

Si basa su una valutazione di severità clinica e di complessità assistenziale che tenga conto di:

- quadro clinico che richiede il monitoraggio delle funzioni vitali;
- condizioni di rischio di contagio con esigenza di isolamento.;
- presidi tecnologici invasivi e non per garantire la funzione d'organo;
- supporto assistenziale per la prevenzione di eventuali complicanze.

Il livello assistenziale nel Reparto di Malattie Infettive ordinario prevede condizioni cliniche stabili con capacità di monitoraggio non invasivo o con un quadro di insufficienza respiratoria compatibile con la ventilazione non invasiva.

Ricovero in Terapia intensiva e subintensiva

L'indicazione al ricovero in Terapia Intensiva e sub intensiva richiede il coinvolgimento dell'anestesista-rianimatore in presenza di condizioni instabilità clinica e di grave insufficienza respiratoria o di organo, che richiedano il monitoraggio continuo invasivo e non invasivo, ventilazione assistita, tecniche di supporto di organo.

Ricovero in reparto di malattie infettive di elevata complessità e intensità o ricovero di patologie altamente contagiose in Reparto di "Alto Isolamento"

Il percorso riguarda, prevalentemente, i pazienti con sospetta/certa sindrome infettiva acuta altamente contagiosa, per la quale viene individuata un'area assistenziale del Centro di Riferimento Regionale INMI Spallanzani ad elevata intensità di cure con funzioni di supporto alla rete dei reparti di Malattie Infettive e della rete dell'Emergenza, con una dotazione di posti letto in degenza ordinaria di cui alcuni attrezzati per il monitoraggio di pazienti critici.

Le patologie infettive ad elevata pericolosità/trasmissibilità rientrano nel gruppo sindromico relativo alle malattie emergenti e riemergenti, alle condizioni di rilascio intenzionale di agenti biologici, e/o con necessità di diagnostica avanzata in alto biocontenimento, e richiedono il ricovero in alto isolamento.

In caso di sospetto HCID, la procedura di accettazione del paziente prevede:

- 1) la somministrazione del questionario TRIAGE specifico;
- 2) la consultazione dei link epidemiologici;
- 3) l'utilizzo dei corretti DPI a seconda del patogeno sospettato e successivo isolamento precauzionale;
- 4) il contatto con il Medico di Guardia INMI Spallanzani ai numeri: 06551701/3470868478, per la gestione del caso sospetto.
- 5) la comunicazione alla propria DS nei casi sospetti di HCID anche prima dell'eventuale conferma diagnostica;
- 6) l'esecuzione del prelievo diagnostico previo contatto con il Medico di Guardia INMI Spallanzani ai numeri: 06551701/3470868478 e il Virologo dell'INMI Spallanzani al numero: 0655170666 per la corretta esecuzione e invio del campione.
- 7) l'eventuale trasferimento presso INMI in biocontenimento previa attivazione delle Rete INMI-Ares 118 previa comunicazione alla propria Direzione Sanitaria nei casi sospetti di HCID anche prima dell'eventuale conferma diagnostica;
- 8) l'accompagnamento del tutore/genitore del paziente pediatrico all'interno del veicolo di biocontenimento.

Definizione della sede di ricovero in ambiente specialistico

Il governo assistenziale h24 della Rete di Malattie Infettive è assunto dal medico di guardia dell'INMI Spallanzani, che fornisce il supporto alla unità operativa area critica ARES 118, che riceve la richiesta di posto letto.

L'indicazione al ricovero in uno degli ambienti specialistici definiti negli scenari precedenti determina, in caso di non disponibilità di posto letto nell'Ospedale sede di unità operativa di malattie infettive che svolge il ruolo di riferimento per la specifica area della Rete, l'attivazione del seguente processo:

- La richiesta viene inviata alla unità operativa area critica ARES 118 attraverso Ricerca posti letto Area Critica: utenteserverfax@ares118.it, Tel. 06 58025199
- UO area critica gestisce la richiesta in collaborazione con il responsabile di questa funzione dell'INMI Spallanzani e individua, secondo il livello di intensità di cura definito nella

consulenza infettivologica coinvolgendo l'anestesista-rianimatore nel caso di richiesta di Terapia Intensiva, la sede di ricovero idonea disponibile nella Rete;

- In caso di non disponibilità di posto letto il bed management individua l'Hub di riferimento come sede di ricovero del paziente;

Il coordinamento assistenziale della RMI viene coinvolto in presenza di condizioni che necessitino il ricovero in reparto specialistico di elevata complessità ed intensità o ricovero di patologie altamente contagiose in Reparto di "Alto Isolamento" o nei casi di mancata disponibilità di posto letto a fronte dell'indicazione fornita nella consulenza infettivologica.

In questa funzione, come descritto già in una precedente sezione, le UO dell'INMI coinvolte nell'attività di teleconsulto devono sviluppare un modello omogeneo di approccio e comportamento che dovrà essere sottoposto alla valutazione del Coordinamento Regionale della RMI.

Continuità assistenziale

L'obiettivo del ricovero consiste nella stabilizzazione del paziente nel reparto più idoneo e nel precoce cambio di setting assistenziale. Il team multidisciplinare svolge un ruolo di continuità assistenziale specifica per il paziente sottoposto a trattamento specialistico durante il suo ricovero. La sede del ricovero più idonea verrà stabilita dal team in relazione al trattamento specifico, alla stabilità clinica e al livello di monitoraggio coerente con le condizioni cliniche. Gli obiettivi clinici della continuità assistenziale sono:

- a. monitoraggio intensivo secondo l'evoluzione clinica;
- b. definizione della condizione eziologica e della eventuale terapia medica secondo il quadro clinico specifico;

La presenza nel team di fisiatra, fisioterapista e assistente sociale ha l'obiettivo di permettere la presa in carico globale entro 48 dal ricovero in ambiente specialistico. Il Programma Riabilitativo Individuale - PRI - è finalizzato a attivare la mobilitazione, prevenire le complicanze legate all'immobilità e spasticità, promuovere il recupero funzionale, valutare i bisogni socioassistenziali e facilitare il trasferimento tempestivo presso le Unità Riabilitative ospedaliere e territoriali secondo criteri di riferimento definiti a livello regionale.

La richiesta di presa in carico in altro setting assistenziale deve essere inoltrata, qualora necessaria, con congruo anticipo rispetto alla previsione di dimissione.

La FASE 2 – OSPEDALIERA termina con la dimissione del paziente e richiede che in tutti i casi sia disponibile una lettera di dimissione che presenti i seguenti contenuti minimi:

1. Condizioni cliniche all'accesso, decorso clinico
2. Patologie concomitanti
3. Procedure eseguite e terapia farmacologica in corso
4. Condizioni cliniche alla dimissione compresa eventuale proseguimento di misure di isolamento
5. Procedure previste dopo la dimissione e per il follow up
6. Coinvolgimento ed educazione terapeutica del paziente e dei familiari
7. Contatti del reparto di dimissione e della Struttura o Servizi verso la quale avviene il cambio di setting

FASE 3- POST ACUZIE

Caratteristiche Generali

La continuità assistenziale, tra la fase acuta ospedaliera e i diversi setting di post acuzie e dei servizi territoriali, rappresenta una condizione indispensabile per garantire il migliore recupero della persona con eventuali esiti relativi alla patologia e/o alle comorbidità preesistenti o correlate.

Le normative regionali che regolano il cambio di setting sono la determina n.G15959/2022, la DGR n.643/2022 e la determina n. G02706/2023, ed è in corso di approvazione la deliberazione relativa a Linee di Indirizzo Organizzative e Gestionali per le Centrali Operative della Regione Lazio.

La transizione viene preparata sin dalle prime fasi di ricovero e si completa nella fase di dimissione ospedaliera con la valutazione multidimensionale supportata dalle competenze specialistiche necessarie per definire il bisogno ed individuare il setting.

Tale attività viene preparata attraverso la collaborazione del personale del reparto con il Team Operativo Ospedaliero (TOH), che verifica l'appropriatezza del setting assistenziale proposto.

Transitional Care

La richiesta di cambio di setting viene inserita nella piattaforma di "Transitional Care" https://siatess-ic.regione.lazio.it/app/r/smart/smart/login_desktop?session=8268579613795

attraverso la compilazione dei moduli regionali dedicati in cui devono essere inserite le informazioni relative, alla patologia, ai trattamenti eseguiti, alle condizioni clinica e di autonomia.

La richiesta viene attivata secondo la tipologia di setting:

- post-acuzie (lungodegenza e riabilitazione) selezionando le strutture individuate con il paziente e i familiari in relazione all'appropriatezza e alla prossimità. Tale richiesta viene letta anche dalla Centrale Operativa Territoriale Aziendale (COT-A) di assistenza;
- servizi territoriali inviando la richiesta alla COT-A/COT-D di assistenza.

L'inserimento nella piattaforma "Transitional Care" (TC) della richiesta di cambio di setting nelle strutture di post-acuzie determina:

- a. la struttura ricevente risponda entro 48 ore lavorative indicando:
 - i. la previsione della data di ricovero;
 - ii. il rifiuto inserendo nel campo dedicato la condizione di esclusione coerente con la normativa vigente;
 - iii. attivi la comunicazione per ricevere ulteriori informazioni;
- b. Il TOH ricevuta la data di disponibilità individua la struttura prescelta e comunica ad essa l'accettazione, che libera eventuali altre strutture che hanno proposto una data di disponibilità.

La revisione del percorso del cambio di setting nei servizi territoriali di post-acuzie è in via di definizione e prevederà le seguenti attività:

- Effettuazione della valutazione multidimensionale ospedaliera;
 - Inserimento della richiesta nella piattaforma TC alla COT-A/COT-D;
 - Valutazione della appropriatezza da parte dei servizi competenti:
 - o se corretta presa in carico del percorso di attivazione del servizio;
- richiesta di ulteriore valutazione a distanza o in presenza entro le successive 48 h.

Il cambio di setting verso una struttura di riabilitazione ospedaliera deve essere in coerenza con quanto previsto nelle normative vigenti documento Conferenza Stato-Regioni **124/CSR** del 4 agosto 2021, D.M 5/2021, DM 165/2023.

La FASE 3 – in una struttura di post-acuzie termina, ove possibile, con la dimissione del paziente e richiede che in tutti i casi sia disponibile una lettera di dimissione che presenti i seguenti contenuti minimi:

1. Condizioni cliniche all'accesso e decorso clinico riabilitativo con indicazione degli obiettivi raggiunti
2. Condizioni cliniche alla dimissione e terapia farmacologica in corso
3. Score clinici alla dimissione
4. Abilità funzionali, cognitive e psicologiche

5. Programma di cure/follow up
6. Grado di coinvolgimento e educazione terapeutica del paziente e della famiglia
7. Valutazione della condizione sociale
8. Contatti della struttura di dimissione e dell'eventuale struttura o servizio verso il quale avviene il cambio di setting

In tutti i cambi di setting devono essere indicati il medico di riferimento del team inviante e i responsabili dei diversi setting assistenziali riceventi ai fini della facilitazione del percorso e della comunicazione con il paziente e i familiari.

Nella "Fase del mantenimento" è determinante la continuità assistenziale tra MMG/PLS, Servizi Territoriali e gli specialisti ambulatoriali o ospedalieri.

Informazione e comunicazione per pazienti e familiari

La comunicazione della diagnosi di patologia infettiva al paziente e/o ai familiari è un atto complesso e di grande impatto emotivo per il quale il team multidisciplinare dovrebbe potersi avvalere della competenza professionale di psicologi e/o mediatori culturali, in modo da elaborare tempi e modalità di comunicazione della diagnosi e della prognosi che siano adeguate alla persona coinvolta, con particolare attenzione a quelle più vulnerabili per condizioni personali e/o sociali.

Si raccomanda di adottare strategie organizzative per garantire una **comunicazione efficace** che tenga conto della variabilità legata agli **aspetti etnici, sociali, culturali, religiosi e linguistici**, anche per il tramite di mediatori culturali appositamente formati

La comunicazione e il coinvolgimento del paziente e dei familiari è un aspetto importante nella gestione assistenziale per cui si consiglia di:

- a. gestire le aspettative
- b. rispondere alle domande e fornire informazioni dettagliate a comprendere il percorso del paziente e gli obiettivi del trattamento, soprattutto nel caso di necessità di trasferimento del paziente;
- c. assumere un atteggiamento pragmatico e realista quando si parla di informazioni su ulteriori indagini, sulla diagnosi o la prognosi;
- d. chiedere sempre se ci sono ulteriori quesiti a cui rispondere.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

Nazionali

- Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale – PanFlu 2021-2023 Gazzetta Ufficiale il 29 gennaio 2021 (Serie generale n. 23. Supplemento ordinario n. 7);
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento Piano nazionale di contrasto dell'AMR- PNCAR 2022-2025, Rep. Atti n. 233/CSR del 30 novembre 2022;
- Corso di formazione in infezioni ospedaliere nell'ambito del PNRR-Sviluppo delle competenze tecniche digitali e manageriali del personale sanitario- Sub investimento 2.2 (b)
- Intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni e Province autonome sul documento "Piano nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle Arbovirosi (PNA) 2020-2025, Rep. Atti n. 1/CSR del 15 gennaio 2020;
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Piano Nazionale di interventi contro l'HIV e AIDS (PNAIDS)", Rep. Atti 63 n.180/CSR del 26/10/2017;
- Decreto Interministeriale ai sensi dell'art. 25 sexies del D.L. 30 dicembre 2019. "Screening nazionale gratuito per l'eliminazione del virus HCV";
- Accordo in Conferenza Stato Regioni del 17 dicembre 2020 (Repertorio atti n.215/CSR) "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina";
- Decreto Ministero della Salute 29 aprile 2022 "linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare»;
- Decreto Ministero della Salute Decreto 20 maggio 2022 "Adozione delle Linee guida per l'attuazione del Fasciolo sanitario elettronico";
-

Regionali

- DGR n. 84 del 1° marzo 2022. Approvazione del Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale - PanFlu 2021-2023 e s.m.i.;
- DGR n. 417 del 20 giugno 2024: "Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale – PanFlu 2021-2023" di cui alla DFR n. 84/2022. Regime transitorio;
- DGR n. 970 del 21 dicembre 2021." Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025. PP10 Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza";
- Determinazione regionale n.G08922 del 27/06/2023. Recepimento Intesa Stato-Regioni sul documento recante "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico – Resistenza (PNCAR) 2022-2025" (Rep. Atti n. n. 233/CSR del 30 novembre 2022);
- DGR n. 332 del 24 maggio 2022. Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6: Salute – Componente M6C1 e M6C2– Approvazione Piano Operativo Regionale e Schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS);
- DGR n. 477 del 28 giugno 2022: "Piano nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle Arbovirosi (PNA) 2020-2025 di cui all'Intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni e Province autonome con repertorio atti n. 1/CSR del 15 gennaio 2020 e sue modifiche e integrazioni. Approvazione del documento tecnico della Regione Lazio Sorveglianza e risposta alle Arbovirosi;
- DCA n. U00030 dell'8 febbraio 2018. Recepimento PNAIDS e Approvazione del documento "Riorganizzazione della sorveglianza e dell'assistenza per l'infezione da HIV e per l'AIDS nella Regione Lazio";

- DGR n. 314 del 24/05/2022. "Protocollo operativo regionale "Screening nazionale per l'eliminazione del virus dell'epatite C";
- Decreto del Commissario ad Acta 27 aprile 2018, n. U00162." Riorganizzazione della sorveglianza e miglioramento diagnostico delle sindromi neurologiche di sospetta origine infettiva nella Regione Lazio";
- DGR n. 643/2022 Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77" e s.m.i.;
- DGR n. 869/2023 "Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015" e s.m.i.

ALLEGATI

1- Codici delle patologie

Codici delle patologie	
Sindrome Infettiva	Codice
Sindromi respiratorie febbrili acute complicate o ad elevata contagiosità	Polmonite 480-486 Polmonite da COVID 484.8, Tubercolosi, 010.xx-018.xx
Sindromi neurologiche acute come meningiti o encefaliti di sospetta eziologia virale, batterica, fungina o parassitaria.	320 Meningite batterica; 321 Meningite da altri microrganismi; 323 Encefalite. Altri codici di Encefalite: 13.6 Encefalite o mielite tubercolare ; 036.1 Encefalite meningococcica ; 039.8 Infezione actinomicotica di altre sedi specificate ; 046.8 Altre infezioni specificate del sistema nervoso centrale da virus lenti ; 048 Altre malattie da Enterovirus del sistema nervoso centrale ; 049.0 Coriomeningite linfocitaria non trasmessa da artropodi ; 049.8 Altre malattie virali del sistema nervoso centrale specificate non trasmesse da artropodi ; 049.9 Malattie virali del sistema nervoso centrale non specificate non trasmesse da artropodi ; 052.0 Encefalite post-varicella ; 054.3 Meningoencefalite erpetica ; 055.0 Encefalite post- morbillosa ; 056.01 Encefalomielite da rosolia ; 062.0 Encefalite giapponese ; 062.1 Encefalite equina tipo ovest ; 062.2 Encefalite equina tipo est ; 062.3 Encefalite di St. Louis ; 062.4 Encefalite australiana ; 062.5 Encefalite da virus California ; 062.8 Altre encefaliti virali da zanzare, specificate ; 062.9 Encefalite virale da zanzare, non specificate ; 063.0 Encefalite primaverile-estiva russa [taiga] 063.2 Encefalite centroeuropea ; 063.8 Altre encefaliti virali da zecche, specificate ; 063.9 Encefaliti virali da zecche, non specificate ; 064 Encefalite virale trasmessa da altri e non specificati artropodi ; 066.2 Febbre equina del Venezuela ; 066.3 Altre febbri da zanzare ; 072.2 Encefalite parotitica ; 073.7 Psittacosi con altre complicazioni specificate ; 079.99 Infezioni virali, non specificate ; 081.9 Tifo, non specificato ; 083.9 Rickettsiosi, non specificate ; 084.6 Malaria non specificata ; 084.9 Altre complicanze perniciose della malaria ; 086.9 Tripanosomiasi, non specificata ; 094.81 Encefalite sifilitica ; 123.9 Infestazione da cestodi, non specificata ; 124 Trichinosi ; 130.0 Meningoencefalite da toxoplasma ; 136.9 Malattie infettive e parassitarie non specificate ; 324.0 Ascesso intracranico ; 487.8 Influenza con altre manifestazioni . Altri codici di Meningite: 003.21 Meningite da Salmonella; 013.0 Meningite tubercolare; 027.0 Listeriosi; 036.0 Meningite meningococcica; 039.8 Infezione actinomicotica di altre sedi specificate; 045.2 Poliomielite non paralitica acuta ; 045.9 Poliomielite acuta non specificata ; 047.0 Meningite da virus Coxsackie ; 047.1 Meningite da virus ECHO; 047.8 Altre meningiti virali specificate ; 047.9 Meningiti virali non specificate; 049.0 Coriomeningite linfocitaria non trasmessa da artropodi; 049.1 Meningite da Adenovirus non trasmessa da artropodi ; 053.0 Herpes zoster con meningite; 054.72 Meningite da Herpes simplex ; 066.8 Altre malattie virali da artropodi, specificate ; 066.9 Malattie virali da artropodi, non specificate; 072.1 Meningite parotitica ; 086.1 Malattia di Chagas con compromissione di altri organi; 086.9 Tripanosomiasi, non specificata ; 088.81 Malattia di Lyme ; 091.81 Meningite sifilitica acuta [secondaria]; 094.2 Meningite sifilitica ; 098.82 Meningite gonococcica; 100.81 Meningite da leptospira [asettica]; 112.83 Meningite da Candida; 114.2 Meningite coccidioidale; 115.91 Meningite da Histoplasma; 117.1 Sporotricosi; 117.5 Criptococcosi
Sindromi gastro-enteritiche complicate come da disidratazione grave, sepsi secondaria	009.0 Colite, enterite e gastroenterite infettive; 009.1 Colite, enterite e gastroenterite di presunta origine infettiva; 009.2 Diarrea infettiva; 009.3 Diarrea di presunta origine infettiva; V02.2 Portatore o portatore sospetto di amebiasi; 006.9 Amebiasi non specificata; 008.49 Infezione intestinale da altri batteri specificati; 007.9 Malattia intestinale non

	specificata da protozoi; 006.0 Dissenteria amebica acuta. Vanno incluse anche altre patologie gastroenteriche in cui si ipotizzi una genesi di natura infettiva che necessita di isolamento dalla comunità.
Sindromi febbrili esantematiche complicate	690-698 Altre condizioni infiammatorie della cute e del tessuto sottocutaneo, escluso 692.7 Dermatite da radiazioni solari; 782.1 Rash ed altre eruzioni cutanee non specificate; 052 Varicella; 055 Morbillo; 056 Rosolia; 057.0 Quinta malattia; 057.8 Altri esantemi virali specificati
Sindromi infettive sistemiche o di organo polmonare, epatico e/o renale causate da microrganismi MDR con la previa esclusione di indicazioni chirurgiche.	482.1 polmonite da Pseudomonas spp; 482.0 polmonite da Klebsiella spp; 482.82 polmonite da E. coli; 482.83 St. maltophilia; 482.4 polmonite da S. aureo; 484.6 polmonite da aspergillo; 041.3 inf da Klebsiella; 041.4 inf da E.coli; 041.6 inf da Proteus; 041.7 inf da Ps aeruginosa; 041.10 infezione da S. aureo; 041.3 inf da Klebsiella; 008.45 Clostridium difficile.
Sindromi infettive del torrente circolatorio o del cuore.	038 Setticemia; 093.82 Miocardite sifilitica; 392.0 Corea reumatica con complicazioni cardiache; 398.0 Miocardite reumatica. Le endocarditi infettive comunque identificate attraverso i seguenti codici ICD9CM: 098.84 endocardite gonococcica; 036.42 endocardite meningococcica; 036.43 miocardite meningococcica; 112.81 endocardite da candida; 421.0 endocardite batterica acuta e subacuta; 421.1 endocardite infettiva acuta e sub acuta di malattie classificate altrove; 421.9 endocardite acuta non specificata.
Sindromi infettive acute e/o subacute da agenti patogeni ad elevata contagiosità di gruppo 4	febbre gialla 060.9; malattia da virus Ebola, Marburg, febbre di Lassa, o Congo-Crimea 078.89; febbri emorragiche 065, 078.6-7; etc.
Sindromi febbrili di ritorno dai tropici con segni o sintomi di allerta.	Malaria 084.0-9; Dengue 061; Chikungunya 066.3; tifo 002; tripanosomiasi africana 086.5 o americana 086.2; rickettsiosi 083.9. etc.
Sindrome febbrile in paziente con infezione da HIV con gravi co-morbidità, Sindrome da HIV.	
Linfadenite con febbre	289.3 Linfadenite non specificata, eccetto quella mesenterica; 683 Linfadenite acuta; 785.6 Linfadenomegalia; 075 Mononucleosi Infettiva; 078.5 Malattia citomegalica; 079.99 Infezioni virali non specificate.
SARS-CoV-2	Polmonite con virus identificato, Insufficienza respiratoria, Necessità di isolamento correlata alla presenza di virus Sars Cov2. Infezione da Sars Cov2

2- Sindromi infettive

<i>Sindromi</i>	Con necessità di ricovero nella RMI	Condizione da valutare prima del ricovero nella RMI
<i>Sindromi respiratorie febbrili acute complicate o ad elevata contagiosità</i>	le tubercolosi polmonarie e le polmoniti, che richiedono l'isolamento dalla comunità e il ricovero in ambiente specialistico in presenza di complicanze caratterizzate da ipossia e insufficienza respiratoria. Include polmonite in COVID	le condizioni BPCO o asma bronchiale riacutizzato e la sindrome ostruttiva delle alte vie aeree, angina tonsillare, flemmone del collo o mastoidite acuta;
<i>Sindromi neurologiche acute come meningiti o encefaliti di sospetta eziologia virale, batterica, fungina o parassitaria</i>	le condizioni patologiche inserite nella tabella X.,	le complicanze che richiedano trattamento chirurgico urgente per la presenza di ascesso cerebrale superiore a 3 cm, idrocefalo, infezioni del SNC secondarie a traumi penetranti o le radicoloplinevriti acute post infettive, non comprendenti la Sindrome di Guillan-Barré o le sue varianti [S. di Miller-Fisher, encefalite del tronco di Bickerstaff, neuropatia motoria assonale acuta, etc.];
<i>Sindromi gastro-enteritiche complicate come da disidratazione grave, sepsi secondaria:</i>	le complicanze o la necessità di isolamento dalla comunità indicate nella tabella X.,	le complicanze che richiedano trattamento chirurgico e/o endoscopico urgente, come la presenza di addome acuto per megacolon tossico, perforazione intestinaleo sanguinamento intestina
<i>Sindromi febbrili esantematiche complicate</i>	Varicella, Morbillo, Rosolia, Quinta malattia, altri esantemi virali specificati o altre condizioni infiammatorie della cute e del tessuto sottocutaneo, che determinano coinvolgimento di organo polmonare, epatico o renale o la necessità di isolamento dalla comunità;	la dermatite da radiazioni solari e rush ed altre eruzioni cutanee non specificate;
<i>Sindromi infettive sistemiche o di organo polmonare, epatico e/o renale causate da microrganismi MDR con la previa esclusione di indicazioni chirurgiche</i>	le condizioni patologiche con complicanze di organo o la necessità di isolamento inserite nella tabella X.,	le complicanze che richiedano trattamento chirurgico e/o endoscopico urgente per la presenza di emottisi franca, insufficienza respiratoria secondaria ad empiema pleurico, versamento pleurico saccato, o fistola bronco-pleurica non drenabili tramite toracentesi;
<i>Sindromi infettive del torrente circolatorio o del cuore</i>	le condizioni patologiche inserite nella tabella X	le condizioni di instabilità emodinamica o shock settico che necessitano di accesso diretto in Terapia Intensiva;

<i>Sindromi infettive acute e/o subacute da agenti patogeni ad elevata contagiosità di gruppo 4¹</i>	la malattia da virus Ebola, Marburg, febbre di Lassa, o Congo-Crimea e altre febbri emorragiche.	
<i>Sindromi febbrili di ritorno dai tropici con segni o sintomi di allerta</i>	Malaria ² , Dengue ³ , Chikungunya, tifo, tripanosomiasi africana o americana, rickettsiosi etc.	
<i>Sindrome febbrile in paziente con infezione da HIV con gravi co-morbilità, oltre ovviamente all'intera sindrome da HIV</i>	incluse polmonite con insufficienza respiratoria (PaO ₂ /FiO ₂ <300), insufficienza renale cronica e/o trattamento dialitico, a encefalopatia in esiti o progressiva da HIV/ Toxoplasma/ JCV/ Criptococco/linfoma;	

Per la consultazione dei protocolli gestionali si rimanda al sito istituzionale <https://www.inmi.it/bedmanager/>

¹ La diagnosi sindromica, oltre ai comuni segni e sintomi clinici di sindrome febbrile aspecifica, deve prendere in considerazione il criterio epidemiologico con un eventuale focolaio epidemico noto o con assistenza/esposizione a singoli pazienti con diagnosi già nota o sospetta;

² Il criterio di gravità della malaria è caratterizzato dalla presenza di almeno una delle seguenti condizioni: interessamento cerebrale alterazione dello stato di coscienza o coma, emoglobinuria, collasso cardiocircolatorio o shock o ipotensione PAS <90 mmHg negli adulti e <50 mmHg nei bambini, acidosi metabolica ph <7.35 o bicarbonati <15 mmol/l, iperlattacidemia >5 mmol/l, iperparassitemia >5%, anemia grave Hb <8g/dl, insufficienza renale creatinina >2.5 mg/dl o <400 cc urine/24 hr, ipoglicemia glicemia <40mg/dl, edema polmonare radiologico, coagulazione intravascolare disseminata, incremento delle transaminasi Ast/Alt superiore a 3 volte il valore normale, ittero bilirubina diretta >3mg/dl, emorragie, convulsioni, insufficienza respiratoria o sanguinamento spontaneo.

³ La definizione di febbre di dengue richiede la presenza di uno dei segni o sintomi di allerta: dolore addominale, vomito persistente, edema clinicamente evidente, epatomegalia >2 cm con aumento dell'ematocrito e rapida diminuzione delle piastrine.

3- Indici clinici di stratificazione del rischio

Shock Index

Frequenza Cardiaca / Pressione arteriosa sistolica = SI

No shock se $SI < 0.7$; Shock Lieve $0.7 < SI < 1.0$; Shock Moderato $1.0 < SI < 1.4$; Shock Severo $SI > 1.4$

<https://www.mdcalc.com/calc/2654/qsofa-quick-sofa-score-sepsis>

qSOFA Adulto

<https://www.mdcalc.com/calc/2654/qsofa-quick-sofa-score-sepsis>

qSOFA Pediatrico

<https://www.mdcalc.com/calc/10058/shock-index-pediatric-age-adjusted-sipa>

GCS

<https://www.mdcalc.com/calc/64/glasgow-coma-scale-score-gcs>

4- Modello di audit e feedback

Analisi dei risultati	Individuazione del percorso clinico
	Indicatori considerati critici
	Fasi del processo da approfondire e quesiti per l'audit
Audit & Feedback	Professionisti coinvolti
	Risultati presentati
	Evidenze e Linee Guida condivise
Piano di miglioramento	Scenari/azioni da attivare
	Strumenti di monitoraggio
	Programmi di formazione sul campo