

# Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 21 luglio 2020, n. U00096

**Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID -19, art.2 del D.L. 34/2020.**

## IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

(delibera del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018)

**OGGETTO:** Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID -19, art.2 del D.L. 34/2020.

**IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTI** per quanto riguarda il Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario:

- l'art. 120 della Costituzione;
- l'articolo 8, comma 1 della legge 5 giugno 2003, n. 131;
- l'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 e n. 149 del 6 marzo 2007, rispettivamente di approvazione del Piano di Rientro e Presa d'atto dell'Accordo Stato-regioni;
- art.1 comma 796, lettera b) della legge 27 dicembre 2006, n. 296;
- il Decreto Legge 1° ottobre 2007, n. 159 convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n.222;
- il DCA 18 del 20 gennaio 2020, recante: "Adozione in via definitiva del piano di rientro "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021" ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo". Modifiche ed integrazioni al DCA 469 del 14 novembre 2019 in esito al verbale del Tavolo di verifica del 27 novembre 2019";
- legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- la Deliberazione 26 giugno 2020, n. 406 "Presa 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;

**VISTI** per quanto riguarda i poteri:

- la legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;
- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 "*Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale*" e successive modifiche ed integrazioni;
- il Regolamento Regionale del 6 settembre 2002, n. 1, "*Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale*" e successive modifiche ed integrazioni;
- la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018 con la quale è stato conferito al Presidente pro-tempore della Giunta della Regione Lazio, dr. Nicola Zingaretti, l'incarico di Commissario ad acta per l'attuazione del vigente piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della regione Lazio, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modifiche ed integrazioni;
- la delibera di Giunta regionale del 24.04.2018 n. 203 concernente: "*Modifica al Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale e successive modificazioni*" che ha istituito la Direzione regionale Salute e Integrazione socio-sanitaria;
- la delibera di Giunta regionale del 05.06.2018 n. 271 di conferimento di incarico al dott. Renato Botti della direzione regionale Salute e integrazione socio-sanitaria ai sensi del Regolamento di organizzazione 6 settembre 2001, n. 1. Approvazione schema di contratto;

- la determinazione della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G07633 del 13.06.2018 di istituzione delle strutture organizzative di base denominate Aree e Uffici della Direzione regionale Salute e integrazione socio-sanitaria e s.m.i.;
- la determinazione della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G12275 del 2.10.2018 e s.m.i., modificata e rettificata con successive determinazioni, con la quale si è provveduto ad una riorganizzazione delle strutture organizzative di base e delle funzioni della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria;

**VISTI** per quanto riguarda le norme in materia sanitaria:

- il Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265 e s.m.i.;
- la Legge n.833/1978 e s.m.i.;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.;
- il Decreto Legislativo n. 21 dicembre 1999, n. 517 e s.m.i.;
- il DPCM 29 novembre 2001 che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza;
- il DPCM 12 gennaio 2017 recante l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza;

il nuovo Patto per la Salute sancito in Conferenza Stato – Regioni e P.A. il 3 dicembre 2009 con il quale, all'art. 13, comma 14 è stato stabilito che per le regioni già sottoposte a piani di rientro e già commissariate all'entrata in vigore delle norme attuative del medesimo patto restano fermi l'assetto commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad Acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 10 luglio 2014, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 e ss.mm.ii.;

il Regolamento Ministeriale del 5 agosto 2014 recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", approvato successivamente con Decreto Ministeriale del 2 aprile 2015, n. 70;

il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 concernente "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

il Regolamento Ministeriale del 5 agosto 2014 recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", approvato successivamente con Decreto Ministeriale del 2 aprile 2015, n. 70;

il Decreto del Commissario ad Acta n. U00257/2017 "Attuazione Programma Operativo di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00052/2017. Adozione del Documento Tecnico denominato: "Programmazione della rete ospedaliera nel biennio 2017-2018, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015";

il DCA n. U00291/2017 "Integrazione DCA n. U00257/2017 "Attuazione Programma Operativo di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00052/2017. Adozione del Documento Tecnico denominato: "Programmazione della rete ospedaliera nel biennio 2017-2018, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015";

VISTA la L.R. 27 dicembre 2019 n. 28 recante: "Legge di Stabilità Regionale 2020";

VISTA la L.R. 27 dicembre 2019 n. 29 recante: "Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2020-2022";

VISTO il Decreto Legge n. 34 del 19 maggio 2020 “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. Pubblicato nella Gazz. Uff. 19 maggio 2020, n. 128, S.O.;

VISTO l'art. 2 del D.L. n. 34/2020 relativo al “Riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19”, che prevede da parte delle regioni e delle province autonome, alla luce dell'attuale emergenza epidemica, la stesura di un piano di riorganizzazione della rete ospedaliera;

CONSIDERATO che le regioni e le province autonome, al fine di rafforzare strutturalmente il Servizio Sanitario Nazionale in ambito ospedaliero, tramite l'apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, come quella da COVID-19 in corso, dovranno garantire l'incremento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure, rendendo strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza in relazione alle successive fasi di gestione della situazione epidemiologica correlata al virus Sars-CoV-2, ai suoi esiti e ad eventuali accrescimenti improvvisi della curva pandemica;

VISTA la Circolare Ministeriale n. 11254 del 29 maggio 2020 recante “Trasmissione Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza Covid-19”; che fornisce indicazioni operative in attuazione dell'art. 2 del Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34;

CONSIDERATO che la suddetta circolare è emanata in attuazione dell'articolo 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 e ad integrazione delle indicazioni contenute nei precedenti provvedimenti e in particolare nelle circolari del Ministero della Salute n. 2619 del 29.02.2020, n. 2627 del 01.03.2020, n. 7422 del 16.03.2020 e n. 7865 del 25.03.2020;

PRESO ATTO che il Piano di riorganizzazione, approvato tramite formale atto regionale, deve comprendere una relazione sintetica che illustri la metodologia che ha condotto all'articolazione della rete di offerta, il programma di attuazione, nonché le motivazioni che determinano eventuali scostamenti rispetto ai criteri definiti nella circolare stessa;

ATTESA anche la necessità di definire il piano dei costi, secondo quanto riportato nelle tabelle inserite nella suddetta circolare;

VISTA la nota prot. regionale n. 533058 del 17 giugno 2020, con cui è stato trasmesso il Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 ai sensi di quanto previsto dal decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, inviata a mezzo SiVeAS al Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria dal Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria e dall'Assessore Regionale alla Sanità e Integrazione Socio-Sanitaria, Coordinatore “unità di Crisi COVID-19”;

VISTA la nota del Ministero della Salute prot. n. 13710/2020, prot. reg. 591047/2020 con cui viene richiede l'aggiornamento del Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19, nei termini previsti dall'art. 2 del D.L. 34/2020;

VISTA la nota prot. regionale n. 615873 del 10 luglio 2020, con cui è stato trasmesso l'aggiornamento del Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera per emergenza COVID-19;

RITENUTO OPPORTUNO approvare il Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 art.2 del d.l. 34/2020”, comprendente la relazione tecnica (Allegato 1) e la

definizione del Piano dei costi riportata nelle tabelle di cui all'Allegato 2, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;

DECRETA

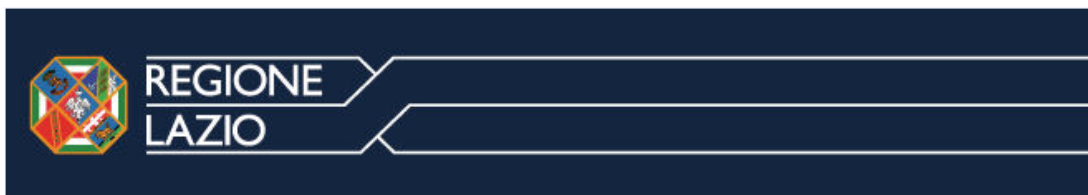
Per le motivazioni espresse in premessa:

di approvare il Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID -19 art.2 del d.l. 34/2020", comprendente la relazione tecnica (Allegato 1) e la definizione del Piano dei costi riportata nelle tabelle di cui all'Allegato 2, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla sua pubblicazione, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) dalla sua pubblicazione.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul B.U.R.L.

Nicola Zingaretti



**RIORGANIZZAZIONE DELLA  
RETE OSPEDALIERA IN  
EMERGENZA COVID-19  
ART.2 DEL D.L. 34/2020  
RELAZIONE TECNICA**

**INDICE**

	Pag.
1. Introduzione	2
2. Contesto Epidemiologico della Pandemia da SARS-CoV-2	4
3. Percorso metodologico	6
4. Riorganizzazione della rete delle terapie intensive e definizione dei posti letto semi-intensivi	8
5. Emergenza territoriale	11
6. Riorganizzazione dei Pronto Soccorso della rete COVID-19	11

## 1. Introduzione

L'improvvisa emergenza determinatasi con la necessità di affrontare tempestivamente e con le risorse disponibili la Pandemia di COVID-19 che si è abbattuta sulla nazione ha messo alla prova anche il sistema sanitario della Regione Lazio.

La Regione ha previsto, all'interno dell'Unità di crisi, un coinvolgimento trasversale delle Aree della Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria, con la piena partecipazione delle Direzioni Strategiche delle Aziende ed Enti del SSR, che ha permesso di rispondere in modo coordinato alle diverse fasi dell'emergenza.

L'evoluzione della curva epidemiologica ha infatti visto l'alternarsi e l'intersecarsi di esigenze assistenziali a carico di tutti i settori strategici delle aziende: Dipartimenti di Prevenzione, Cure Primarie, Rete Territoriale in genere e, naturalmente, Rete Ospedaliera.

Flessibilità ed integrazione, immediatamente messi in campo, hanno permesso di rispondere tempestivamente alle esigenze e, quindi, di contenere e risolvere situazioni critiche superando le innegabili rigidità strutturali anche di carattere edilizio e logistico.

Alcuni ospedali sono stati immediatamente trasformati in presidi dedicati, in parte o in toto, ai pazienti con infezione da SARS-CoV-2, e contemporaneamente sono stati individuati ospedali che fornissero in sicurezza i servizi assistenziali per le altre patologie sviluppando una rete convertibile in breve tempo.

Allo stesso modo si è considerata anche la necessità di mantenere, nell'assoluta separazione dei percorsi, l'erogazione di tutte le prestazioni necessarie in emergenza e urgenza secondo le afferenze tra strutture Hub e Spoke delle reti tempo- dipendenti.

Come è noto, la conoscenza della malattia e delle sue implicazioni diagnostico terapeutiche e di conseguenza anche organizzative, è stato un percorso in divenire e peraltro tuttora lunghi dall'essere completato a livello mondiale.

L'unità di crisi ha dovuto più volte riadattare il sistema sanitario regionale nel corso dei mesi, attraverso successive fasi di preparazione e intervento, operando modifiche e ristrutturazioni di aree ospedaliere e riorientando i servizi territoriali e di prevenzione verso le necessità emergenti, in coerenza con linee guida nazionali e internazionali di riferimento.

Inoltre, ai fini di una risposta unitaria e coordinata, si è rivelato utile l'intenso lavoro svolto a partire dai mesi di settembre-ottobre 2019 e conclusosi ai primi di gennaio 2020, teso all'implementazione del nuovo modello di Triage, in applicazione degli accordi stato-regioni "linee di indirizzo nazionali sul triage ospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali sulla Osservazione Breve Intensiva" e del documento "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso", approvati il 1 Agosto 2019.

L'implementazione di un manuale condiviso e unico e l'intensa attività di formazione e di condivisione hanno permesso di ottenere una capacità di risposta omogenea e una virtuosa abitudine al dialogo e alla comunicazione tra DEA, PS e Centrali Operative 112/118 che si sono rivelate di grande ausilio nella gestione della emergenza pandemica.

Di conseguenza, con l'insorgere della pandemia e prima ancora che questa venisse dichiarata come tale dall'OMS, la rete ospedaliera e quella dell'emergenza hanno lavorato in sinergia tra loro e hanno incrementato i necessari rapporti con quella territoriale.

In seguito alle esperienze delle regioni colpite per prime dalla pandemia, è parso subito evidente che l'organizzazione territoriale è stata ed è strategica al fine di contenere l'afflusso di pazienti presso le strutture ospedaliere. La Regione Lazio ha rapidamente attivato il tracciamento precoce dei pazienti infetti e il loro



isolamento, unitamente all'assistenza domiciliare. Queste azioni hanno permesso di limitare la concentrazione dei malati negli ospedali, che avrebbe determinato una più alta facilità di contagio e anche di mortalità.

Oltretutto è apparso evidente che il blocco dell'attività ordinaria non poteva comunque essere esteso a molte categorie deboli e fragili, che necessitano, oltre che di una attenzione alle cure domiciliari, anche della filiera ospedaliera e ambulatoriale specialistica.

In regime ordinario per la governance delle reti cliniche, il modello organizzativo si articola su due livelli:

- Regionale, con il supporto dei Coordinamenti delle reti, cui competono le funzioni di programmazione e controllo,
- Aziendale, cui competono gli aspetti gestionali e operativi.

Durante l'emergenza è stato immediatamente modificato tale assetto: contemporaneamente all'istituzione dell'Unità di crisi, è stata individuata, per quanto riguarda la rete ospedaliera, la figura del Bed Manager Coordinatore. Nello stesso tempo è stata definita la figura di coordinamento delle Rete delle Terapie Intensive, che ha permesso una gestione efficace ed efficiente dei posti letto ad alta intensità di cura.

Tale scelta ha permesso la gestione in tempo reale dei flussi dei ricoveri ed il governo delle quotidiane criticità relative alla filiera Territorio, Emergenza Territoriale 112-118, Dea di II livello, Dea di I livello, Pronto Soccorso, Ospedali dedicati e reparti di ricovero nelle linee rigorosamente separate della rete Covid-19 e della rete Non-Covid-19.

È stata infatti individuata una rete flessibile (estensibile o contraibile a seconda dell'evoluzione della curva epidemica) in cui sono state attribuite le funzioni e la possibile risposta qualitativa e quantitativa di ciascun ospedale.

La creazione di posti letto dedicati presso strutture di ricovero adeguate, la messa in rete dei laboratori e l'implementazione di protocolli di trattamento hanno permesso la definizione immediata di una rete Covid-19 ha permesso una disponibilità straordinaria in grado di implementare in grado di rendere possibile un'ordinata gestione di impatto. Un ruolo decisivo nella definizione dei percorsi è stato rappresentato dall'IRCCS INMI Lazzaro Spallanzani e dalla rete infettivologica.

Da sottolineare come il ruolo delle strutture private si è dimostrato di particolare importanza con la piena integrazione nella gestione della emergenza anche intervenendo con importanti risorse strutturali e integrandosi pienamente nell'assetto organizzativo ospedaliero e territoriale.

Il precoce coinvolgimento di strutture private accreditate, in funzione del loro ruolo nella rete ospedaliera, ha contribuito fattivamente alla gestione del sistema ospedaliero con la disponibilità di posti letti dedicati ai pazienti Covid-19 e partecipando alla gestione delle patologie tempo-dipendenti.

La Fondazione Policlinico Gemelli IRCCS ha gestito, per motivi di sanità pubblica, una struttura sanitaria esclusivamente dedicata ai pazienti affetti da COVID-19. La collocazione strategica in ambito metropolitano, l'idoneità a garantire l'opportuno confinamento, la capacità di accoglienza con alti volumi di attività sono stati elementi di qualità alla gestione dell'intera rete. Il suo ruolo assistenziale è stato confermato nei documenti di fase III – prot. N. 0247791 del 26/03/2020 e di fase IV - prot. N. 0391183 del 30/04/2020, nei quali la Fondazione Policlinico Gemelli è stato individuato come HUB della rete COVID.

Il Campus Biomedico, in quanto policlinico Universitario ha recitato un ruolo di determinante nella rete COVID-19 anche in funzione della sua individuazione quale DEA di I livello nella rete della Emergenza ospedaliera.

Queste azioni sono state attivate di volta in volta con l'emanazione di successive ordinanze, documenti e linee guida che hanno ad oggi visto Cinque diverse fasi di adeguamento e rimodulazione del sistema, con una azione di governance, di condivisione e di soluzione delle criticità attraverso la continua comunicazione tra Regione e Direzioni Generali e Sanitarie Aziendali.

La Rete si è avvalsa di una collaborazione multidisciplinare attraverso la disponibilità di consulenze tra centri con infettivologi, pneumologi e di altri specialisti.

Tutte le azioni necessarie sono state tempestivamente e urgentemente affrontate in fase di pandemia, ma richiedono ora un lavoro di stabilizzazione sia strutturale che di assetto organizzativo di rete, oltre che di validazione amministrativa, così da essere inseriti a pieno titolo nella rete assistenziale ospedaliera.

## 2. Contesto epidemiologico della pandemia da SARS-CoV-2

Nel Lazio, nel corso dell'epidemia COVID-19 sono stati rilevati 7851 casi confermati (dato relativo all'aggiornamento del 9 giugno 2020). L'età media dei casi è di 57 anni, di cui il 53% di donne, ed il 72% di casi con almeno un sintomo tra febbre, tosse, dispnea, faringite, polmonite, sindrome influenzale, sintomi a carico delle vie respiratorie.

Alla data del 9 giugno 2020 risultano 4.515 guariti (57,5%), 462 casi ricoverati in reparto ordinario, 47 in terapia intensiva, 2061 casi trattati al proprio domicilio (26,3%) e 766 deceduti (9,8%).

In Figura 1 è presentata la curva epidemica al 9 giugno 2020.

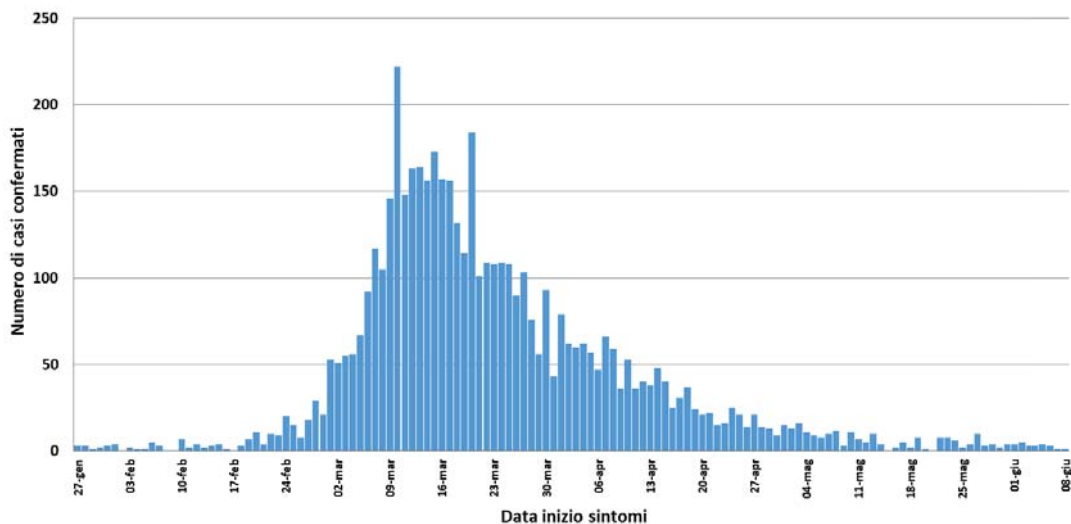


Figura 1 Curva epidemica - Regione Lazio. Fonte SeReSMI

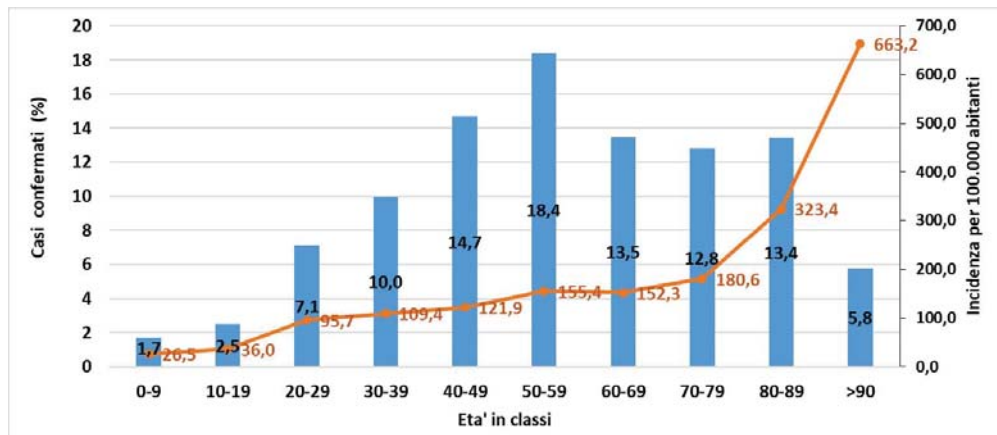


Figura 2 Incidenza per fasce di età - Regione Lazio. Fonte SeReSMI

La figura 2 mostra la distribuzione dei casi per fasce di età e la corrispondente incidenza e le mappe illustrate nelle figure successive mostrano l'incidenza per comune di residenza (figura 3) e per zona urbanistica nel comune di Roma (figura 4). Le aree a maggior incidenza corrispondono ai cluster noti, riconducibili spesso alle strutture socio-assistenziali e sanitarie per anziani.

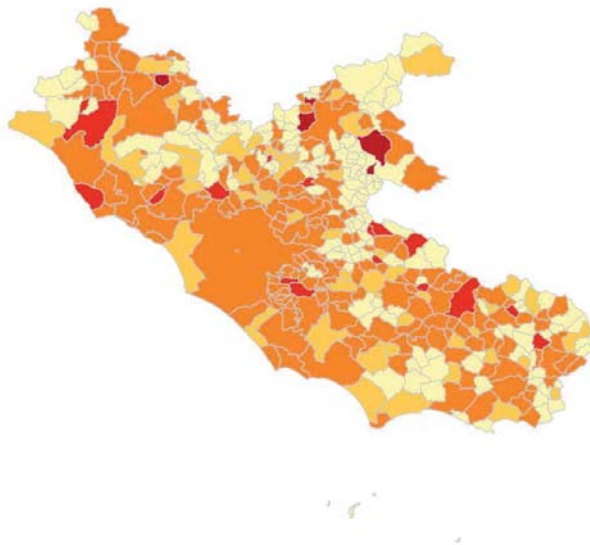


Figura 3 Incidenza per comune di residenza - Regione Lazio. Fonte SeReSMI

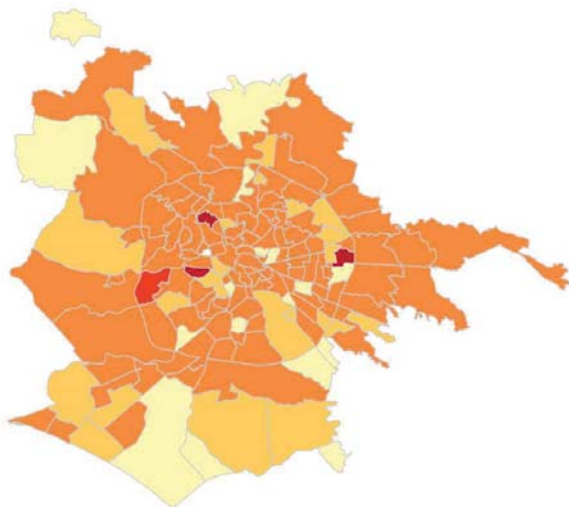


Figura 4 Incidenza per area urbanistica – Comune di Roma. Fonte SeReSMI

### 3. Percorso metodologico

Il piano di riordino della rete COVID-19 fa propri gli obiettivi di salute individuati dal D.L. 34/2020 e dalla Circolare Ministeriale n. 11254 del 29 maggio 2020. La metodologia adottata nell'articolazione e nel riordino della rete COVID si è sviluppata a partire dalla definizione degli obiettivi strategici in funzione dell'andamento dell'epidemia e di una riorganizzazione della rete delle terapie intensive funzionale all'attività di emergenza e delle reti tempo dipendenti. In particolare si è orientata l'attenzione sui seguenti punti:

- preparare il piano pandemico della rete ospedaliera;
- rendere strutturali i posti letto attivati e rafforzare la dotazione prevista dai piani operativi;
- utilizzare una quota parte di questi posti per il pieno recupero di attività pre e post operatorie ordinarie di chirurgia maggiore a medio-alta complessità e migliorare la risposta consolidare idonei percorsi di trattamento, sia della rete di emergenza che delle reti specialistiche;
- favorire la qualità e la sicurezza dell'attività ospedaliera ordinaria con un programma rivolto anche alla riduzione delle Infezioni correlate all'assistenza;
- decongestionare le aree critiche dei Pronto Soccorso e della Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza, spesso sovraffollate di pazienti critici necessitanti di elevata intensità di cure.

Rispetto alla definizione della dotazione dei posti letto in area critica sono stati osservati i seguenti parametri:

- Dotazione dei posti letto relativi alla Terapia Intensiva (TI) pari a 0,14 posti letto per 1000 residenti da raggiungere attraverso la creazione di posti ex novo, pertanto aggiuntivi rispetto agli standard definiti dal DM70/2015;
- Incremento delle postazioni di Terapia semintensiva (TSI) pari a 0,007 posti letto per 1000 residenti da conversione dei posti letto attuali;
- Assegnazione di risorse per la ristrutturazione ed ammodernamento delle aree di terapia intensiva e semi-intensiva, di pre-triage e di valutazione e dei percorsi con diagnostica radiologica dedicata;

- Disponibilità di quota parte di posti letto di area medica, pediatria inclusa, di acuzie e postacuzie, alla gestione dei pazienti COVID-19, nel rispetto della separazione dei percorsi;
- Utilizzo di una parte dei posti letto per un adeguato percorso riabilitativo;
- Implementazione di mezzi dedicati o dedicabili ai trasferimenti secondari tra strutture COVID-19, alle dimissioni protette, ai trasporti interospedalieri non COVID-19.

Nello specifico per l'incremento di posti letto di *Terapia Intensiva* si è tenuto conto dei seguenti criteri:

- implementazione in ospedali Hub Dea di II livello in grado di garantire percorsi separati e dotati di unità operative di pneumologia e malattie infettive;
- implementazione in ospedali Dea di I livello che abbiano la presenza di attività di chirurgia specialistica e percorsi separati;
- implementazione di posti letto di terapia intensiva già attivati in fase emergenziale;
- implementazione di posti letto in terapie intensive esistenti in ospedali potenzialmente interamente dedicati alla gestione del paziente affetto da SARS-CoV-2 (Ospedali Columbus, Celio e Bernardini).

Gli interventi per la dotazione di posti letto aggiuntivi di terapia intensiva hanno riguardato pertanto un numero limitato di ospedali che dispongono di posti letto di terapia intensiva e attività chirurgica, in cui è già garantita la presenza di personale già formato.

La proposta regionale di implementazione dei posti letto di TI è stata sviluppata in continuità con quanto indicato nei Documenti regionali per la gestione dell'Emergenza COVID-19 sulla Rete delle Terapie Intensive e i posti letto di area critica, in particolare si è tenuto conto di:

- *indicatori di struttura* - ruolo di riferimento nella rete dell'emergenza, nelle reti tempo-dipendenti, nelle reti cliniche e nell'Organizzazione Aziendale, posti letto NSIS al 1° gennaio 2019 relativi a Terapia intensiva, Malattie Infettive, Pneumologia, Medicina Generale, Chirurgia Generale.
- *Indicatori di attività 2019* – Accessi al PS/DEA e percentuale di accessi con codice triage rosso; attività in Terapia Intensiva; attività di alta complessità<sup>1</sup>; attività respiratoria; percentuale di dimissioni con terapia chirurgica; Indice di case-mix della struttura (confrontato con il case-mix regionale);
- *Indicatori di attività 2020* – Accessi di Pronto Soccorso con esito ricovero/trasferimento con diagnosi testuale riferibile a COVID-19; pazienti COVID-19 e clinicamente COVID-19 ricoverati in regime ordinario e in Terapia Intensiva.
- *Programmazione della rete ospedaliera* prevista dal DCA n. 257/2017 e successive integrazioni i posti letto previsti sono coerenti con l'evoluzione dei piani ospedalieri in corso di definizione.

Per quanto riguarda la Terapia Semi-intensiva, in accordo con le Linee di indirizzo nazionali, si è proceduto all'incremento dei posti letto esistenti mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica per acuzie, prevedendo che tali postazioni siano fruibili, nel rispetto della separazione dei percorsi, sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure con assistenza non invasiva anche delle complicanze respiratorie. Si è anche tenuto conto che, in relazione all'andamento della curva epidemica, per almeno il 50 per cento dei posti letto, deve essere prevista la possibilità di immediata conversione delle singole postazioni con la necessaria strumentazione di ventilazione invasiva e monitoraggio e per il restante 50 per cento deve essere prevista una dotazione di ventilatori non invasivi, nonché la necessaria capacità di ottenere forme di collaborazione interdisciplinare adeguate alla criticità e complessità del paziente, anche in ambito pediatrico.

<sup>1</sup> I DRG di alta intensità sono definiti nella TUC (Tariffa Unica Convenzionale) contenuta nell'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria

I posti letto di terapia semi-intensiva sono stati individuati prioritariamente:

- per una quota dei posti letto convertibili in posti letto che garantiscono assistenza ventilatoria invasiva, in una percentuale dei posti letto di pneumologia degli ospedali Hub sede di Dea di II livello, dotati di strumentazione diagnostica e di unità di malattie infettive;
- per una quota dei posti letto convertibili in posti letto che garantiscono assistenza ventilatoria invasiva, in una percentuale di posti letto di area medica inseriti in un percorso di gestione di pazienti urgenti;
- la quota di posti letto non convertibili immediatamente in posti letto che garantiscono assistenza ventilatoria invasiva devono essere individuati in unità operative di area medica in:
  - ospedali sede di Dea di I livello e con presenza di specialisti in pneumologia;
  - ospedali che possono essere interamente dedicati alla gestione del paziente affetto da SARS-CoV-2.

I posti letto di terapia semi-intensiva sono stati comunque previsti in ospedali dotati di posti letto di terapia intensiva.

Il metodo di calcolo per la quantificazione dei posti letto di Terapia semi-intensiva è stato:

- 50% dei posti letto di pneumologia;
- 30% dei posti letto di malattie infettive;
- 30% dei posti letto di medicina di urgenza;
- 10% dei posti letto di medicina generale;
- 2% dei posti letto di chirurgia generale nei DEA II.

Per quel che riguarda la *riorganizzazione del Pronto Soccorso* va considerato che le strutture dell'emergenza ospedaliera hanno subito un importante afflusso di accessi. A tal fine il piano ha previsto la riorganizzazione dei PS/DEA regionali con l'obiettivo prioritario di separare i percorsi e creare aree di permanenza dei pazienti in attesa di diagnosi secondo criteri di sicurezza. Alla base del piano di ristrutturazione è stato considerato il tempo di permanenza in attesa di ricovero che deve essere ridotto al minimo, in considerazione alle esigenze di distanziamento tra i pazienti durante le procedure diagnostico-terapeutiche, al fine di evitare il sovraffollamento e di non provocare rallentamento o ritardi della gestione della fase preospedaliera del soccorso sanitario.

#### **4. Riorganizzazione della rete delle terapie intensive e definizione dei posti letto semi-intensivi**

L'offerta prevista dal DCA n. 257/2017 e s.m.i. è garantita da 125 strutture con attività di acuzie e/o post-acuzie, che includono gli stabilimenti afferenti ad un medesimo polo ospedaliero. Le strutture pubbliche sono 44 (35,2%) di cui 3 con solo attività diurna. Quelle che svolgono esclusivamente attività di post-acuzie (riabilitazione/lungodegenza) sono 27 (di cui 2 pubbliche), le restanti 98 svolgono anche attività per acuti (65 strutture solo attività per acuti e di queste 29 sono pubbliche).

Le strutture pubbliche sede di PS/DEA sono 36 e rappresentano il 75% sul totale degli istituti dedicati alla Rete dell'emergenza.

Tabella 1 Classificazione strutture ospedaliere al 01.01.2020

	Solo Acuti				Acuti-Post Acuti				Solo Post Acuti	TOTALE
	Ruolo Emergenza				Ruolo Emergenza					
	Senza PS	PS	DEA I	DEA II	Senza PS	PS	DEA I	DEA II		
Privato	28	4	4	1	15	2	1	1	25	81
Pubblico	6	12	14	.	.	4	3	3	2	44
<b>Tot.</b>	<b>34</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>27</b>	<b>125</b>

\*l'assetto comprende i 3 presidi dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

I Posti Letto di Terapia Intensiva attivi al 31 dicembre 2019 (fonte NSIS), allocati presso 43 strutture, sono 563, pari al 0,10 posti letto per 1000 abitanti. L'obiettivo dello standard di cui al DL 34 si raggiunge attraverso l'incremento di 282 letti che porta ad un totale di 845 posti letto.

Degli attuali posti di terapia intensiva il 44,6% è allocato presso strutture con DEA II, il 40,5% in DEA I, il 6,7% presso strutture dotate di PS e il restante 7,8% presso strutture non facenti parte della rete dell'emergenza, tra queste l'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena-IFO e l'Istituto Nazionale Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani.

Delle 43 strutture dotate di Terapia Intensiva, 9 sono dotate anche di posti letto di Malattie Infettive e 12 di Posti Letto di Pneumologia.

Coerentemente con la distribuzione delle strutture dotate di DEA, il 78,9% dei posti letto di terapia intensiva è allocato in strutture della città di Roma, mentre le 4 province, Viterbo, Rieti, Latina e Frosinone dispongono di rispettivamente 10, 8, 24 e 32 posti letto.

Nel 2019, riguardo alla terapia intensiva sono state erogate circa 137.000 giornate di degenza e circa 21.700 transiti. Le giornate di degenza medie oscillano tra i 2,6 giorni e i 18,7, parallelamente l'Indice di Occupazione posto letto (IO) varia tra 30% e 113%. Si osserva una debole correlazione negativa tra IO e attività chirurgica, dovuta probabilmente alla necessità da parte delle strutture a più alta vocazione chirurgica (in elezione) a "bloccare" posti letto di terapia intensiva per la fase post-operatoria. È da mettere in evidenza una certa eterogeneità nell'attività di alta complessità presente nelle strutture: sei strutture hanno erogato più di 3000 DRG di alta complessità, 7 strutture tra 1000 e 3000 DRG di alta complessità e le restanti 35 hanno erogato meno di 1000 DRG complessi. Riguardo all'indice di case-mix, 14 strutture hanno indice di case-mix superiore alla media regionale.

La Regione Lazio ha attuato nell'emergenza COVID-19 un piano assistenziale modulare e flessibile attraverso la definizione di un sistema di Rete Hub e Spoke, nel quale ha trovato collocazione la maggior parte dei posti letto di area critica aggiuntivi. Questa scelta è stata fatta con l'obiettivo di migliorare la capacità assistenziale di supporto intensivo e sub-intensivo per le procedure di emergenza/urgenza e di alta complessità al fine di favorire una maggiore appropriatezza di setting e migliorare la tempistica della presa in carico.

Con riferimento ai posti letto di semi-intensiva, secondo i criteri sopra esposti, la quota parte di posti letto di area medica che devono essere resi disponibili nel rispetto della separazione dei percorsi, sia ordinari sia

in regime di trattamento infettivologico, ammonta a 412 unità. Nella Tabella 2 sono indicati i posti letto per ciascun ospedale della Rete previsti dal piano di riorganizzazione.

Tabella 2 Posti letto di Terapia Intensiva e Semintensiva previsti nel piano

ASL territoriale	Struttura	Comune	Ruolo	Posti Letto aggiuntivi Terapia Intensiva	Posti Letto Terapia Semi-Intensiva
Roma 1	Presidio Ospedaliero San Filippo Neri	Roma	DEA I	10	18
Roma 1	Presidio Ospedaliero Santo Spirito	Roma	DEA I	6	10
Roma 1	Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I	Roma	DEA II	26	48
Roma 1	Azienda Ospedaliera Sant'Andrea	Roma	DEA I	10	14
Roma 1	Azienda Ospedaliera San Giovanni - Addolorata	Roma	DEA II	10	28
Roma 1	Policlinico Universitario Agostino Gemelli - IRCCS	Roma	DEA II	53	20
Roma 1	Policlinico Militare di Roma	Roma		10	0
Roma 2	Policlinico Universitario Campus Biomedico	Roma	DEA I	0	10
Roma 2	Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Tor Vergata	Roma	DEA I	10	22
Roma 2	Presidio Ospedaliero Sant'Eugenio	Roma	DEA I	10	14
Roma 2	Presidio Ospedaliero Sandro Pertini	Roma	DEA I	10	20
Roma 3	Azienda Ospedaliera San Camillo – Forlanini	Roma	DEA II	18	40
Roma 3	Istituto Nazionale Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani - IRCCS	Roma		36	40
Roma 3	Presidio Ospedaliero Giovan Battista Grassi	Roma	DEA I	9	12
Roma 4	Presidio Ospedaliero San Paolo	Civitavecchia (RM)	DEA 1	6	6
Roma 5	Presidio Ospedaliero San Giovanni Evangelista	Tivoli (RM)	DEA I	4	10
Roma 5	Presidio Ospedaliero Coniugi Bernardini	Palestrina (RM)	PS	4	2
Roma 6	Presidio Ospedaliero Ospedale di Anzio	Anzio (RM)	DEA I	2	4
Roma 6	Presidio Ospedaliero Ospedale dei Castelli	Arccia (RM)	DEA I	8	10
Viterbo	Presidio Ospedaliero Belcolle	Viterbo	DEA I	8	16
Rieti	Presidio Ospedaliero San Camillo De Lellis	Rieti	DEA I	6	12
Latina	Presidio Ospedaliero Santa Maria Goretti	Latina	DEA II	16	20
Latina	Presidio Ospedaliero Dono Svizzero	Formia (LT)	DEA I	0	2
Frosinone	Presidio Ospedaliero Fabrizio Spaziani	Frosinone	DEA I	10	20
Frosinone	Presidio Ospedaliero Santa Scolastica	Cassino (FR)	DEA I	0	14
<b>Totale Regione Lazio</b>				<b>282</b>	<b>412</b>



## 5. Emergenza territoriale

Calcolando il fabbisogno dell'implementazione di mezzi dedicati o dedicabili ai trasferimenti secondari tra strutture COVID-19, alle dimissioni protette ed ai trasporti interospedalieri no-COVID-19, sulla base del reale fabbisogno espresso dal bacino d'utenza di popolazione relativo ad un Hub di secondo livello (1 mezzo ogni 600.000 abitanti), la necessità di tali mezzi ammonta a numero 10 unità. Si rileva che le risorse indicate nella tabella 2 della Circolare ministeriale prot. n. 11254 del 29 maggio 2020 eroga risorse per appena due mezzi.

## 6. Riorganizzazione dei Pronto Soccorso della rete COVID-19

Come già attuato nel corso dell'emergenza, tutte le strutture dotate di pronto soccorso/DEA dovranno individuare in maniera strutturale specifici percorsi destinati all'individuazione e gestione precoce di pazienti con febbre e sintomi riferibili a patologie respiratorie, prevedendo l'istituzione di aree di pre-triage, di valutazione e ricovero.

L'area di **pre-triage** h24 deve essere quanto più prossima all'ingresso dell'Ospedale, adeguatamente segnalata e presidiata da personale formato, all'interno devono essere rispettate le raccomandazioni per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2.

L'area di **valutazione** COVID-19 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 dovrà essere individuata un'area di ingresso e di valutazione completamente dedicata.

L'area prevista deve avere le seguenti peculiarità:

- Capacità di accesso con ambulanza 118;
- Assicurare i livelli adeguati di isolamento;
- Disponibilità all'interno di una sala di emergenza e disponibilità di ossigeno per le postazioni;
- Percorso dedicato verso la TC, nel caso di impossibilità valutare turni di utilizzo della TC compatibilmente con gli scenari clinici e comunque sempre con gli adeguati DPI;
- Nelle strutture ad alti volumi valutare l'opportunità di dedicare strumenti di diagnostica ecografica e radiologica per l'esecuzione di esami al letto del paziente.

Si raccomanda che il personale dedicato a quest'area sia costituito da un team, secondo il livello di ospedale, composto da un medico di urgenza e da un rianimatore, integrato da specialisti infettivologi e/o pneumologi, al fine di mantenere l'approccio multidisciplinare e consentire di garantire un organico sufficiente nell'area dell'emergenza.

La permanenza in quest'area deve essere limitata al tempo di definizione diagnostica.

L'effettuazione di tamponi e l'attesa del relativo referto non devono essere causa del fermo dei mezzi di soccorso per il confinamento del paziente a bordo di quest'ultimo, al fine di non provocare rallentamenti o ritardi nella gestione della fase extra-ospedaliera del soccorso sanitario.

Nel **Pronto Soccorso** devono essere sempre adottate per i pazienti e il personale le procedure di prevenzione e controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 adottando corretti comportamenti e utilizzando mascherine e appositi DPI.

La Direzione Sanitaria deve coordinare interventi organizzativi sull'attività di Pronto Soccorso, in particolare sui percorsi clinico-diagnostici e sull'accesso al ricovero, coinvolgendo e integrando i professionisti al fine di ridurre il tempo di permanenza ed evitare il sovraffollamento.

La **gestione del PS** deve corrispondere alle indicazioni contenute nel DCA U00453 del 30.10.2019 “Piano regionale per la Gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso” al fine di ridurre la permanenza dei pazienti, per cui è opportuno raccomandare la costante applicazione dei seguenti interventi previsti:

- Programmazione della disponibilità di barelle con indicazione di un responsabile diurno nelle strutture a maggiore rischio di sovraffollamento;
- Percorsi aziendali di Fast Track in PS obbligatori per le specialità presenti nella struttura ospedaliera;
- Modalità aziendali di espletamento di consulenze specialistiche in PS;
- Individuazione di professionalità di riferimento per la gestione clinica e dei flussi;
- Disponibilità prima della dimissione da PS di prestazioni diagnostiche specialistiche;
- Prestazioni e procedure ambulatoriali con prenotazione contestuale alla dimissione con la tempistica appropriata alla condizione clinica.

Nel **percorso di ricovero devono essere adottate** le azioni necessarie a mantenere un elevato livello di appropriatezza al fine di consentire un turnover sufficiente a gestire le esigenze di ricovero da PS e di attività programmata, soprattutto, in una fase epidemica in cui è necessario limitare la permanenza e governare i flussi dei pazienti in sicurezza all'interno degli ospedali.

CODICE REGIONE	CODICE AZIENDA	CODICE BUDGETARIO	CODICE BUDGETARIO STRUTTURATO	CODICE BUDGETARIO STRUTTURATO	CODICE BUDGETARIO STRUTTURATO	CODICE BUDGETARIO STRUTTURATO	DATA INIZIALE		DATI FINANZIARI		DESCRIZIONE INTERVENTO														SALDO ECONOMICO							ANALE COSTI								
							COMUNE	PROVINCIA	CATEGORIA	Tipologia Interventi	Raff. I. (13)	Tipologia di Intervento (14)	Allocazione (15)	Spese (16)	Spese (17)	Destinazione Intervento (18)	Importo lavori TI (19)	Importo lavori S (20)	Alto (21)	IVA (22)	Importo complessivo IVA inclusa (23)	Importo complessivo IVA inclusa (24)	C/m (25)	C/m (26)	C/m (27)	migliaia (28)														
																											(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)						
201	AZ 001	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000

CODICE REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURALE	CODICE AZIENDALE	CODICE STRUTTURALE	CODICE UNITA' STRUTTURALE	CODICE SIA/SI/STABIA/ENTR/ENTR	COMUNE	PROVINCIA	CLASSIFICAZIONE BIRG/DBA/DA/II	TITOLO ATTIVITA' (LAVORI)	PUNTI LETTI DA (TEMPI) (L. 11)	FORETTI LETTI DA (TEMPI) (L. 13)	TITOLO ATTIVITA' (LAVORI) (L. 14)	VALORE COMPRESIVO (L. 15)	SPECIFICAZIONE (L. 17)	DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	IMPORTO LAVORI (L. 19.2)	IMPORTO LAVORI S (L. 19.3)	IMPORTO ATTIVITA' S (L. 20)	ALTRE (L. 21)	IVA (L. 22)	IMPORTO COMPRESIVO DI QUANTO SOTTO L. 19.2 (L. 23)	COSTO (L. 24)	IMPORTO S (L. 25)	COSTO (L. 26)	Mg/L (L. 27)
120	JAZZO	110	ASL 848	12010				ROME	RETI	DAI	Intervento di sostituzione cablaggio	6				NO	Intervento di sostituzione cablaggio (reporting rate)	377.600,00	440,000	300,000,00		108,072,00	582,672,00	1.094,50	17.512,00	16,00	
120	JAZZO	110	ASL 848	12010				RETI	RETI	DAI	Intervento di sostituzione cablaggio	12				NO	Intervento di sostituzione cablaggio (reporting rate)	2.300,000,00	700,000,00	600,000,00	176,000,00	1.220,000,00	1.220,000,00	780,00	61,25	20,00	
120	JAZZO	111	ASL DI LATINA	12000				LATINA	LATINA	DAI	Intervento di sostituzione cablaggio	35				NO	Intervento di sostituzione cablaggio (reporting rate)	2.300,000,00	700,000,00	600,000,00	176,000,00	1.220,000,00	1.220,000,00	780,00	61,25	20,00	
120	JAZZO	111	ASL DI LATINA	12000				LATINA	LATINA	DAI	Intervento di sostituzione cablaggio	35				NO	Intervento di sostituzione cablaggio (reporting rate)	2.300,000,00	700,000,00	600,000,00	176,000,00	1.220,000,00	1.220,000,00	780,00	61,25	20,00	
120	JAZZO	111	ASL DI LATINA	12000				LATINA	LATINA	DAI	Intervento di sostituzione cablaggio	35				NO	Intervento di sostituzione cablaggio (reporting rate)	2.300,000,00	700,000,00	600,000,00	176,000,00	1.220,000,00	1.220,000,00	780,00	61,25	20,00	
120	JAZZO	111	ASL DI LATINA	12000				FORMA	LATINA	DAI	Intervento di sostituzione cablaggio	2				NO	Intervento di sostituzione cablaggio (reporting rate)	2.300,000,00	700,000,00	600,000,00	176,000,00	1.220,000,00	1.220,000,00	780,00	61,25	20,00	
120	JAZZO	506	PODOLINO TOR VERGATA	12006				ROMA	ROMA	DAI	Intervento di sostituzione cablaggio	35				NO	Intervento di sostituzione cablaggio (reporting rate)	2.300,000,00	700,000,00	600,000,00	176,000,00	1.220,000,00	1.220,000,00	780,00	61,25	20,00	
120	JAZZO	507	PODOLINO TOR VERGATA	12007				ROMA	ROMA	DAI	Intervento di sostituzione cablaggio	48				NO	Intervento di sostituzione cablaggio (reporting rate)	2.300,000,00	700,000,00	600,000,00	176,000,00	1.220,000,00	1.220,000,00	780,00	61,25	20,00	
120	JAZZO	519	OPEDALIERI SAN GIOVANNI ADDOLORATA	12019				ROMA	ROMA	DAI	Nona commessa	10				NO	Intervento di sostituzione cablaggio (reporting rate)	2.300,000,00	700,000,00	600,000,00	176,000,00	1.220,000,00	1.220,000,00	780,00	61,25	20,00	
120	JAZZO	519	OPEDALIERI SAN GIOVANNI ADDOLORATA	12019				ROMA	ROMA	DAI	Nona commessa	14				NO	Intervento di sostituzione cablaggio (reporting rate)	2.300,000,00	700,000,00	600,000,00	176,000,00	1.220,000,00	1.220,000,00	780,00	61,25	20,00	
120	JAZZO	500	PODOLINO TOR VERGATA	12000				ROMA	ROMA	DAI	Intervento di sostituzione cablaggio	10				NO	Intervento di sostituzione cablaggio (reporting rate)	2.300,000,00	700,000,00	600,000,00	176,000,00	1.220,000,00	1.220,000,00	780,00	61,25	20,00	
120	JAZZO	500	PODOLINO TOR VERGATA	12000				ROMA	ROMA	DAI	Intervento di sostituzione cablaggio	22				NO	Intervento di sostituzione cablaggio (reporting rate)	2.300,000,00	700,000,00	600,000,00	176,000,00	1.220,000,00	1.220,000,00	780,00	61,25	20,00	
120	JAZZO	502	OPEDALIERI SAN GIOVANNI ADDOLORATA	12002				ROMA	ROMA	DAI	Intervento di sostituzione cablaggio	10				NO	Intervento di sostituzione cablaggio (reporting rate)	2.300,000,00	700,000,00	600,000,00	176,000,00	1.220,000,00	1.220,000,00	780,00	61,25	20,00	
120	JAZZO	502	OPEDALIERI SAN GIOVANNI ADDOLORATA	12002				ROMA	ROMA	DAI	Intervento di sostituzione cablaggio	18				NO	Intervento di sostituzione cablaggio (reporting rate)	2.300,000,00	700,000,00	600,000,00	176,000,00	1.220,000,00	1.220,000,00	780,00	61,25	20,00	
120	JAZZO	502	OPEDALIERI SAN GIOVANNI ADDOLORATA	12002				ROMA	ROMA	DAI	Intervento di sostituzione cablaggio	10				NO	Intervento di sostituzione cablaggio (reporting rate)	2.300,000,00	700,000,00	600,000,00	176,000,00	1.220,000,00	1.220,000,00	780,00	61,25	20,00	
120	JAZZO	501	SAN CARLO BOBOLI	12001				ROMA	ROMA	DAI	Intervento di sostituzione cablaggio	38				NO	Intervento di sostituzione cablaggio (reporting rate)	2.300,000,00	700,000,00	600,000,00	176,000,00	1.220,000,00	1.220,000,00	780,00	61,25	20,00	
120	JAZZO	501	SAN CARLO BOBOLI	12001				ROMA	ROMA	DAI	Intervento di sostituzione cablaggio	35				NO	Intervento di sostituzione cablaggio (reporting rate)	2.300,000,00	700,000,00	600,000,00	176,000,00	1.220,000,00	1.220,000,00	780,00	61,25	20,00	
120	JAZZO	501	SAN CARLO BOBOLI	12001				ROMA	ROMA	DAI	Intervento di sostituzione cablaggio	5				NO	Intervento di sostituzione cablaggio (reporting rate)	2.300,000,00	700,000,00	600,000,00	176,000,00	1.220,000,00	1.220,000,00	780,00	61,25	20,00	
120	JAZZO	518	PODOLINO TOR VERGATA	12018				ROMA	ROMA	DAI	Intervento di sostituzione cablaggio	10				NO	Intervento di sostituzione cablaggio (reporting rate)	2.300,000,00	700,000,00	600,000,00	176,000,00	1.220,000,00	1.220,000,00	780,00	61,25	20,00	
120	JAZZO	518	PODOLINO TOR VERGATA	12018				ROMA	ROMA	DAI	Intervento di sostituzione cablaggio	40				NO	Intervento di sostituzione cablaggio (reporting rate)	2.300,000,00	700,000,00	600,000,00	176,000,00	1.220,000,00	1.220,000,00	780,00	61,25	20,00	
120	JAZZO	518	PODOLINO TOR VERGATA	12018				ROMA	ROMA	DAI	Intervento di sostituzione cablaggio	35				NO	Intervento di sostituzione cablaggio (reporting rate)	2.300,000,00	700,000,00	600,000,00	176,000,00	1.220,000,00	1.220,000,00	780,00	61,25	20,00	

25.562.332,06 25.528.394,28 32.312.790,00 7.038.906,00 15.680.043,60 106.123.796,00