

originale

copia controllata informatica

N. _____

copia controllata _____

distribuzione interna a cura del RQ

copia non controllata

bozza

Redazione

Paolo Adorno, Direzione Medica PO G. Rodolico

Anna Rita Mattaliano, Direttore Dipartimento Igienico-Organizzativo

Maurilio Danzi, Dirigente Medico PO San Marco

Carmelo Russo, Responsabile Servizio Infermieristico PO San Marco

Vincenzo Parrinello, Responsabile U.O. per la Qualità e Rischio Clinico

Verifica

Vincenzo Parrinello, Responsabile U.O. per la Qualità e Rischio Clinico

Approvazione

Salvatore Nicosia – Direttore Dipartimento ad Attività Integrata di Emergenza – Urgenza, **Mario Zappia** – Direttore Dipartimento ad Attività Integrata delle Scienze Neurologiche e della Ricerca Neurobiologica, **Francesco Di Raimondo** – Direttore Dipartimento ad Attività integrata delle Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e dei Trapianti d'Organo, **Francesco Basile** – Direttore Dipartimento ad Attività Integrata delle Scienze Chirurgiche, dell'Innovazione e della Ricerca in Oncologia, **Giuseppe Sessa** – Direttore Dipartimento ad Attività Integrata delle Scienze Chirurgiche Specialistiche e della ricerca multidisciplinare, **Pietro Castellino** – Direttore Dipartimento ad Attività Integrata delle Scienze Mediche, delle malattie Rare e della Cura delle Fragilità, **Sebastiano Costanzo** – Direttore SIMT, **Vincenzo Di Benedetto** – Direttore Dipartimento ad Attività Integrata per la Tutela della Salute della Donna e del Bambino, **Anna Rita Mattaliano** – Direttore Dipartimento ad Attività Integrata Organizzazione dei Servizi Ospedalieri, della Ricerca Biomedica e Medicina Traslazionale, **Domenico Moncada** – Direttore Dipartimento Amministrativo - Tecnico

Ratifica

Antonio Lazzara, Direttore Sanitario



INDICE

	INTRODUZIONE	5
1	SCOPO.....	7
2	CAMPO DI APPLICAZIONE	7
3	RIFERIMENTI.....	7
4	TERMINI E DEFINIZIONI	7
5.	REGOLAMENTO	8
5.1	DETERMINAZIONE DEL LIVELLO DI RISCHIO	8
5.1.1	Determinazione del livello di rischio riferito al paziente	8
5.1.2	Determinazione del livello di rischio riferito alla tipologia di prestazione	8
5.2	MISURE GENERALI	9
5.2.1	Pazienti e accompagnatori	9
5.2.2	Operatori	10
5.2.3	Sanificazione	10
5.2.3.1	Prodotti per la disinfezione autorizzati	10
5.2.3.2	Precauzioni e raccomandazioni per una sanificazione sicura ed efficace	11
5.2.4	Personale di supporto e tecnico	12
5.2.5	Accesso fornitori	12
5.2.6	Gestione delle manutenzioni	12
5.3	MISURE SPECIFICHE	13
5.3.1	SETTING ASSISTENZIALI ED ATTIVITÀ A BASSO RISCHIO	13
5.3.2	SETTING ASSISTENZIALI ED ATTIVITÀ A RISCHIO INTERMEDIO	13
5.3.2.1	Ambulatorio	13
5.3.2.1.1	Prestazioni ambulatoriali autorizzate	13
5.3.2.1.2	Riprogrammazione delle attività ambulatoriali	14
5.3.2.1.3	Sanificazione	14
5.3.2.1.4	Accesso e gestione delle prenotazioni	14
5.3.2.1.5	Pre-triage	15
5.3.2.1.6	Altre precauzioni	16
5.3.3	Gestione dei ricoveri in elezione e degenza	16
5.3.3.1	Accesso	16
5.3.3.2	Degenza	18
5.3.4	Diagnostica per immagini e procedure diagnostiche invasive	19



5.3.5	Percorsi intra-ospedalieri e trasporti	19
5.3.6	Aree comuni	19
5.3.3	SETTING ASSISTENZIALI ED ATTIVITÀ A RISCHIO ELEVATO	20
5.3.3.1	Percorso chirurgico	20
5.3.3.2	Intramonemia ed extramonemia	20
5.4	PRONTO SOCCORSO	21
5.5	TRASFERIMENTO DA ALTRE STRUTTURE	22



INTRODUZIONE

Con nota prot. N. 23608 /D.P.S.-A1 dell'Assessorato alla Salute del 21 maggio 2020, ha definito le procedure ritenute necessarie per una riapertura in sicurezza del Sistema sanitario regionale, sia con riferimento all'assistenza ospedaliera, sia con riferimento all'attività territoriale, che verranno riattivate a partire dal 25/5/2020, ivi comprese le attività rese dal personale del servizio sanitario regionale in regime di intramoenia ed extramoenia.

Il documento dell'Assessorato alla Salute prevede un monitoraggio attivo da parte dell'Assessorato della Salute sulla scorta di:

- **criteri epidemiologici** con monitoraggio attivo dei casi presenti sul territorio e all'interno delle strutture sanitarie, mappatura dei dati relativi all'effettivo numero di tamponi e test sierologici eseguiti nei laboratori autorizzati, per attuare un adeguato monitoraggio clinico volto ad identificare ed isolare prontamente i nuovi casi;
- **adeguata gestione dei posti letto** sia per pazienti COVID, nonché adeguati percorsi separati all'interno degli ospedali non-COVID, al fine di garantire i ricoveri in tali strutture di eventuali pazienti positivi nei casi di emergenza o in caso di necessità o per recrudescenza della diffusione virale anche in forma di focolai epidemici. In tale ottica è fondamentale la disponibilità e la gestione delle strutture ricettive destinate all'isolamento dei soggetti COVID positivi asintomatici o paucisintomatici, che non rispettino i criteri di ospedalizzazione, o destinati ai contatti da porre in quarantena. L'isolamento medicalizzato di tali soggetti, quale alternativa al ricovero presso strutture sanitarie, in relazione alla sintomatologia e al caso concreto, è una strategia su cui la Regione continua a puntare con forza in quanto risulta fondamentale per la riduzione della diffusione del contagio
- **adeguata capacità di monitoraggio della diffusione virale**, includendo la capacità di effettuare test diagnostici (test sierologici e tamponi rinofaringei) su vasta scala, tracciamento dei contatti e possibilità di isolare i soggetti sospetti o positivi grazie all'ausilio della rete sanitaria territoriale di MMG e PLS, garantendo il raccordo di tale rete con le strutture ospedaliere.

Il presente regolamento, pertanto definisce le misure generali e specifiche da adottare nelle articolazioni organizzative, anche in ragione del diverso livello di rischio delle diverse attività sanitarie e delle manifestazioni cliniche presentate dai pazienti.

I documenti del Sistema di Gestione per la Qualità sono stati elaborati cercando di tenere conto dei punti vista di tutte le parti interessate e di conciliare ogni aspetto controverso, per rappresentare il reale stato dell'arte della materia ed il necessario grado di consenso.

Chiunque ritenesse, a seguito dell'applicazione della presente procedura, di poter fornire suggerimenti per il suo miglioramento o per un suo adeguamento allo stato dell'arte in evoluzione è pregato di inviare i propri contributi all'U.O. per la Qualità e Rischio Clinico all'indirizzo qualita-rischioclinico.policlinico.unict.it, che li terrà in considerazione per l'eventuale revisione della stessa.



1 SCOPO

Scopo del presente regolamento è di contenere il rischio di trasmissione del virus, al fine di limitare la morbosità e la mortalità dovute al rischio di riprese di focolai epidemici e di ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali assicurando il mantenimento dei servizi essenziali..

2 CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente regolamento si applica in tutti i setting assistenziali dell'ospedale.

3 RIFERIMENTI

Ministero della Salute. Nota circolare n° 0007922 del 09.03.2020. "COVID-19 Aggiornamento della definizione di caso."

Nota prot. N. 23608 /D.P.S.-A1 dell'Assessorato alla Salute del 21 maggio 2020 "Emergenza Covid - 19. Progressivo ripristino delle attività assistenziali fase 2"

Circolare del Ministero della Salute n. 7422 del 16 marzo 2020 "Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19"

ECDC 26.03.2020 "Disinfection of environments in healthcare and non-healthcare settings potentially contaminated with SARS-CoV-2"

nota prot. 17025 del 3/4/2020 "Indicazioni operative per MMG, PLS, Servizio di continuità assistenziale ed Unità speciali di continuità assistenziale (USCA)"

nota prot. 17025 del 3/4/2020 "Indicazioni per il corretto utilizzo dei DPI nell'assistenza dei soggetti positivi Covid-19 all'interno di aree amministrative, di degenza, ambulatori ospedalieri e del territorio, ambulanze o mezzi di trasporto"

4 TERMINI E DEFINIZIONI

Caso sospetto di COVID 19 che richiede esecuzione di test diagnostico

Una persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno tra i seguenti segni e sintomi: febbre, tosse e difficoltà respiratoria) e senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica e storia di viaggi o residenza in un Paese/area in cui è segnalata trasmissione locale durante i 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi;

OPPURE

2. Una persona con una qualsiasi infezione respiratoria acuta e che è stata a stretto contatto (vedi paragrafo successivo) con un caso probabile o confermato di COVID-19 nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi;

OPPURE

3. Una persona con infezione respiratoria acuta grave (febbre e almeno un segno/sintomo di malattia respiratoria - es. tosse, difficoltà respiratoria)

e che richieda il ricovero ospedaliero (SARI)

e senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica.

Caso probabile

Un caso sospetto il cui risultato del test per SARS-CoV-2 è dubbio o inconcludente utilizzando protocolli specifici di real time polymerase chain reaction (PCR) per SARS-CoV-2 presso i laboratori di riferimento regionali individuati o è positivo utilizzando un test pan-coronavirus.

Caso confermato

Un caso con una conferma di laboratorio per infezione da SARS-CoV-2, effettuata presso i laboratori regionali di riferimento, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici.



Contatto stretto

Il contatto stretto di un caso possibile o confermato è definito come:

- una persona che vive nella stessa casa di un caso di CoVID-19;
- una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di CoVID-19 (per esempio la stretta di mano);
- una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di CoVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di CoVID-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti;
- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di CoVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri;
- un operatore sanitario o altra persona che fornisce assistenza diretta a un caso di CoVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di CoVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei;
- una persona che abbia viaggiato seduta in aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione, di un caso di CoVID-19, i compagni di viaggio o le persone addette all'assistenza e i membri dell'equipaggio addetti alla sezione dell'aereo dove il caso indice era seduto (qualora il caso indice abbia una sintomatologia grave o abbia effettuato spostamenti all'interno dell'aereo, determinando una maggiore esposizione dei passeggeri, considerare come contatti stretti tutti i passeggeri seduti nella stessa sezione dell'aereo o in tutto l'aereo).

Termini e definizioni sono da: Ministero della Salute. Nota circolare n° 0007922 del 09.03.2020. "COVID-19 Aggiornamento della definizione di caso."

5. REGOLAMENTO

5.1 DETERMINAZIONE DEL LIVELLO DI RISCHIO

La determinazione del livello di rischio è determinata:

- dalle condizioni cliniche del paziente ed ai criteri epidemiologici rilevati;
- dalla tipologia di prestazione

5.1.1 Determinazione del livello di rischio riferito al paziente

La determinazione del livello di rischio è correlata alla valutazione anamnestica e clinica del paziente.

La nota prot. N. 23608 /D.P.S.-A1 dell'Assessorato alla Salute del 21 maggio 2020 "Emergenza Covid - 19. Progressivo ripristino delle attività assistenziali fase 2" lascia intendere che vadano considerati a **basso rischio** i pazienti stabili, senza febbre, che non se saturano e con anamnesi negativi per i criteri epidemiologici. Mentre vadano considerati ad **alto rischio**, i pazienti che presentano uno o più criteri anamnestici e clinici.

5.1.2 Determinazione del livello di rischio riferito alla tipologia di prestazione

L'epidemia di SARS-COV-2 offre l'opportunità per rafforzare la cultura del rischio infettivo negli ospedali e richiede comunque, nell'attesa che venga definitivamente debellata, l'adozione di misure aggiuntive rispetto a quelle che sono routinariamente adottate da tutte le persone che per qualunque ragione varcano la soglia di un luogo di cura.

Nel definire tali misure specifiche e straordinarie, rese necessarie per riprendere l'attività assistenziale ordinaria, occorre analizzare il livello di rischio dei diversi setting assistenziali, in ragione del tempo di relazione tra le persone e della prossimità del contatto interpersonale anche in ragione della esecuzione di procedure che comportano la generazione di aerosol.

In analogia ad altre metodologie di mappatura del rischio, come esemplificato nel grafico sottostante, si identificano i seguenti livelli di rischio di setting assistenziali ed attività:

- **basso rischio,**

attività che comportano un tempo di relazione molto breve (≤ 15 minuti) e che per la cui esecuzione è possibile garantire una adeguata distanza di sicurezza tra le persone (≥ 1 metro);



(a titolo esemplificativo e non esaustivo: raccolta anamnesi ed altre informazioni nell'area ambulatoriale o in degenza, fornire informazioni,...)

▪ **rischio intermedio,**

attività che comportano un tempo di relazione molto breve (≤ 15 minuti) e che per la cui esecuzione non è possibile garantire una adeguata distanza di sicurezza tra le persone (≥ 1 metro),

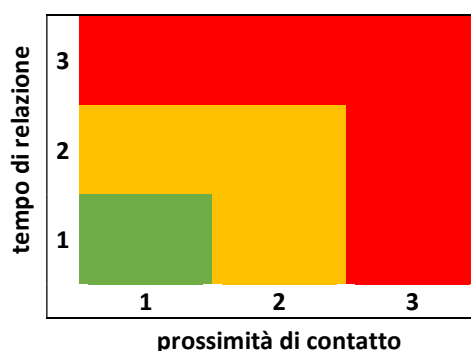
oppure attività che comportano un tempo di relazione ≥ 15 minuti e che per la cui esecuzione non è possibile garantire una adeguata distanza di sicurezza tra le persone (≥ 1 metro),

(a titolo esemplificativo e non esaustivo: valutazione iniziale del paziente, esame obiettivo, rilevazione parametri vitali, esecuzione di ecografia, esecuzione prelievo ematico, acquisizione del consenso informato, gestione del paziente con manifestazioni cliniche sospette per COVID che si presentano in degenza nel corso di ricovero per altre affezioni, ...)

▪ **rischio alto,**

attività che comportano un tempo di relazione prolungato e che per la cui esecuzione è necessario un contatto ravvicinato oppure esecuzione di procedure che comportano la generazione di aerosol.

(a titolo esemplificativo e non esaustivo: trasporto in ambulanza, IOT, manovre rianimatorie, visita odontoiatrica, visita ORL, esecuzione di prova da sforzo, esecuzione di gastroscopia, interventi chirurgici,...).



5.2

MISURE GENERALI

5.2.1

Pazienti e accompagnatori

Tutti i pazienti che accedono in ospedale devono indossare la mascherina chirurgica che deve coprire naso e bocca e mantenere la distanza di sicurezza ≥ 1 metro con le altre persone.

In generale non è ammesso l'ingresso in ospedale ai visitatori/accompagnatori ad eccezione dei pazienti fragili, quali bambini, anziani, non autosufficienti, disabili,....

Nelle degenze è possibile l'ingresso ad un solo visitatore alternato per paziente al giorno, ricorrendo, qualora possibile, alle relazioni paziente-familiare e familiari operatori sanitari per videochiamata.

Anche gli eventuali accompagnatori devono accedere in ospedale indossando la mascherina chirurgica che deve coprire naso e bocca. Nel caso in cui il paziente o l'eventuale accompagnatore indossi una maschera FFP3 (con valvola) deve essere indossata al di sopra di questa una mascherina chirurgica.

Pazienti e visitatori/accompagnatori devono essere invitati a igienizzare frequentemente le mani con soluzione idroalcolica.



5.2.2

Operatori

Tutti gli operatori devono indossare la mascherina chirurgica, che deve coprire naso e bocca, e mantenere la distanza di sicurezza ≥ 1 metro con le altre persone.

I guanti non devono essere utilizzati in alternativa all'igiene delle mani per l'esecuzione di manovre assistenziali.

I guanti devono essere rimossi dopo aver assistito ogni paziente; non si possono usare lo stesso paio di guanti per assistere pazienti diversi o eseguire manovre assistenziali diverse.

Curare l'igiene delle mani:

1. Prima del contatto con il paziente
2. Prima dell'esecuzione di una manovra asettica
3. Dopo l'esposizione a liquidi biologici
4. Dopo il contatto con il paziente
5. Dopo il contatto con ciò che sta attorno al paziente

Dopo la rimozione dei DPI effettuare un accurato lavaggio delle mani con acqua e sapone o con soluzioni idroalcoliche.

Gli operatori che presentano un rialzo termico si devono astenere dall'attività lavorativa.

Gli operatori che presentano un rialzo termico durante l'orario di servizio devono segnalarlo al responsabile dell'U.O., eseguire un tampone rino-faringeo e raggiungere il domicilio.

5.2.3

Sanificazione

La sanificazione è l'insieme dei procedimenti e operazioni atti ad igienizzare determinati ambienti e mezzi mediante l'attività di pulizia e di disinfezione.

La disinfezione, cioè il complesso di procedimenti e operazioni atti a sanificare determinati ambienti e strumenti mediante la distruzione o inattivazione di microrganismi patogeni, non può prescindere, quindi, dalla pulizia, cioè dal procedimento atto a rimuovere polveri, materiale non desiderato o sporczia da superfici, oggetti e ambienti.

5.2.3.1

Prodotti per la disinfezione autorizzati

I prodotti per la pulizia includono sapone liquido, detersivi enzimatici e detersivi. Per la maggior parte delle procedure di pulizia ambientale, selezionare detersivi neutri (pH 6-8) che siano facilmente solubili in acqua calda e fredda.

I disinfettanti servono solo per la disinfezione dopo la pulizia e non sono sostituti della pulizia, a meno che non si tratti di prodotti disinfettanti-detersivi combinati. Prima della disinfezione, è, pertanto, necessario utilizzare un prodotto di pulizia per rimuovere tutto il materiale organico e lo sporco.

Come previsto dal rapporto ISS COVID-19 n. 20/2020 "Indicazioni per la sanificazione degli ambienti interni per prevenire la trasmissione di SARS-COV 2" dell'8 maggio 2020, sono autorizzati tutti i prodotti di provata efficacia secondo la norma EN 14476 che regolamenta le prove che un disinfettante deve sostenere per valutarne l'attività virucida e stabilisce di testare il prodotto su due virus di prova, uno dei quali è il poliovirus, virus nudo particolarmente resistente

Sebbene le evidenze scientifiche abbiano dimostrato che i coronavirus possono persistere sulle superfici inanimate, gli stessi virus possono essere inattivati efficacemente tramite procedure di disinfezione delle superfici per mezzo di:

- alcol etilico al 62-71% V/V
- perossido di idrogeno allo 0,5%
- ipoclorito di sodio allo 0,1% cloro attivo per almeno 1 minuto

Altri agenti biocidi, come benzalconio cloruro allo 0,05%-0,2% o la clorexidina digluconato



al 0,02% hanno una minore efficacia.

Tra i diversi germicidi sanitari, quelli con una concentrazione di etanolo al 70% si sono dimostrati più efficaci rispetto allo 0,06% di ipoclorito di sodio dopo un minuto di contatto su superfici dure. I test effettuati su SARS-CoV-1 hanno dimostrato che l'ipoclorito di sodio è efficace alle concentrazioni di 0,05% e 0,1% solo cinque minuti dopo il contatto. In letteratura però sono presenti evidenze secondo le quali una più alta diminuzione di carica virale e una più rapida tempistica di efficacia è raggiungibile anche grazie ad una più alta concentrazione di cloro attivo (0,5%).

Questo ultimo dato però non preclude l'importanza dell'ipoclorito, soprattutto in ambito ospedaliero, utilizzato per le grandi superfici, in quanto privo di infiammabilità e della rapida vaporabilità caratteristiche dell'etanolo. I prodotti disinfettanti a base fenolica diminuiscono significativamente il titolo di coronavirus solamente dopo 10 minuti dall'applicazione.

Per contro non si rilevano ad oggi evidenze in letteratura che dimostrino l'efficacia della sanificazione mediante ozono su superfici contaminate da SARS-CoV-2.

Pertanto, l'efficacia disinfettante è fortemente compromessa se i prodotti germicidi non sono utilizzati seguendo le indicazioni della scheda tecnica ed il tempo di contatto è inferiore a quello indicato.

5.2.3.2

Precauzioni e raccomandazioni per una sanificazione sicura ed efficace

Nell'esecuzione delle attività di sanificazione è necessario indossare i DPI.

I sistemi meccanizzati di pulizia di grandi superfici devono essere evitati perché producono aerosol o disperdono la polvere nelle aree di cura del paziente come pure è sconsigliato spazzare a secco, spruzzare, spolverare. Per la pulizia sono quindi da occorre preferire le metodiche ad umido.

Nella sanificazione degli ambienti Procedere dalle aree più pulite verso quelle più contaminate.

Pertanto, nella pulizia iniziare dalle superfici condivise prima di passare dopo a quelle dell'area frequentata da persone, quindi pulire le aree e superfici a bassa frequenza di contatto prima di quelle ad alta frequenza.

Nella pulizia occorre procedere dall'alto verso il basso per prevenire la ricaduta dei microrganismi su aree precedentemente sanificate; ad esempio, pulire le sponde del letto prima delle gambe; pulire le superfici verticali prima del pavimento, il quale va pulito per ultimo per asportare lo sporco che si è eventualmente depositato.

Disinfettare le superfici ad alta frequenza di contatto (es. sponde del letto, comodini, piani di appoggio, maniglie, pulsantiere, tutte le superfici dei bagni) con una soluzione di ipoclorito alla concentrazione di 0,5% di cloro attivo, alcol etilico a 70% V/V o altro disinfettante di provata attività virucida, quindi disinfettare i pavimenti con una soluzione di ipoclorito alla concentrazione di 0,1% di cloro attivo con una frangia o un panno monouso diversa dalle due precedenti.

La pulizia e la disinfezione deve riguardare anche le superfici di maniglie, sedie e braccioli, tavoli, interruttori della luce, corrimani, rubinetti dell'acqua, pulsanti dell'ascensore.

La pulizia e la sanificazione deve riguardare anche i dispositivi elettronici come tablet, touch screen, tastiere, telecomandi,,... e dispositivi ed elettromedicali, con particolare attenzioni alle parti che vengono in contatto con il paziente.

Le parti di apparecchiature elettromedicali (come ad es. sonde ecografiche) che vengono a contatto con i pazienti devono essere sanificate dopo ogni utilizzo.

Analogamente gli arredi che vengono a contatto con i pazienti devono essere sanificate dopo ogni accesso, compreso le sedie a rotelle e le barrelle.

Per la pulizia e la sanificati di tali dispositivi occorre seguire le istruzioni del produttore. Se



non sono disponibili istruzioni del produttore, considerare l'uso di salviette pre-impregnate o panni imbevuti di prodotti a base di alcol etilico al 70% V/V per disinfettare i touch screen.

Asciugare accuratamente le superfici per evitare il ristagno di liquidi. Si raccomanda di non spruzzare in maniera diretta i disinfettanti sopra gli eventuali spandimenti di materiale biologico, al fine di evitare la formazione di aerosol.

La rimozione degli effetti lettereschi è un'attività a rischio di aerosolizzazione. Pertanto:

- non agitare le lenzuola e la biancheria durante il cambio.
- non appoggiare le lenzuola e la biancheria al corpo.
- raccogliere la biancheria sporca in contenitori chiusi (sacchi o sacconi in carrelli) manipolandola e scuotendola il meno possibile nell'ambiente prima dell'inserimento nel sacco e dell'invio.

5.2.4

Personale di supporto e tecnico

(pulizia e sanificazione, trasporto paziente su sedia a rotelle, esecuzione di manutenzioni, riparazioni...)

Tutti gli operatori devono indossare la mascherina chirurgica e mantenere la distanza di sicurezza ≥ 1 metro con le altre persone.

Dopo la rimozione dei DPI deve essere effettuato un accurato lavaggio delle mani con acqua e sapone o con soluzioni idroalcoliche.

Curare l'igiene delle mani.

I guanti non devono essere utilizzati in alternativa all'igiene delle mani per l'esecuzione di manovre assistenziali.

Il personale di supporto e tecnico che presenta un rialzo termico si deve astenere dall'attività lavorativa.

5.2.5

Accesso fornitori

(consegna pasti, biancheria,...)

Quando sarà possibile l'accesso ai fornitori, questi devono indossare la mascherina chirurgica e mantenere la distanza di sicurezza ≥ 1 metro con le altre persone.

Curare l'igiene delle mani.

Non utilizzare i guanti in alternativa all'igiene delle mani.

Occorre razionalizzare percorsi ed accessi.

5.2.6

Gestione delle manutenzioni

Tutti i tecnici devono indossare la mascherina chirurgica che deve coprire naso e bocca.

Curare l'igiene delle mani.

Non utilizzare i guanti in alternativa all'igiene delle mani.

La strumentazione da verificare dovrà essere preventivamente decontaminata, utilizzando prodotti disinfettanti autorizzati anche per SARS-CoV-2.

Le superfici ambientali andranno preventivamente sottoposte a pulizia con acqua e detergente seguita dall'applicazione di comuni disinfettanti quali l'ipoclorito di sodio.

Alla fine dell'intervento di manutenzione, le superfici e la strumentazione devono essere decontaminati utilizzando prodotti disinfettanti autorizzati per SARS-CoV-2.

Dopo la rimozione dei DPI effettuare un accurato lavaggio delle mani con acqua e sapone o con soluzioni idroalcoliche.



5.3

MISURE SPECIFICHE

5.3.1

SETTING ASSISTENZIALI ED ATTIVITÀ A BASSO RISCHIO

Possono essere considerate a basso rischio, i setting assistenziali e le attività che comportano un tempo di relazione molto breve (≤ 15 minuti), che per la cui esecuzione è possibile garantire una adeguata distanza di sicurezza tra le persone (≥ 1 metro) e che comportano l'esecuzione di procedure che non generano aerosol.

(a titolo esemplificativo e non esaustivo: esecuzione del pretriage in pronto soccorso, nell'area ambulatoriale o in degenza, fornire informazioni,...)

Per i setting assistenziali a basso rischio sono sufficienti le misure di prevenzione generali.

5.3.2

SETTING ASSISTENZIALI ED ATTIVITÀ A RISCHIO INTERMEDIO

Possono essere considerate a rischio intermedio, i setting assistenziali e le attività che comportano:

- un tempo di relazione molto breve (≤ 15 minuti), che per la cui esecuzione non è possibile garantire una adeguata distanza di sicurezza tra le persone (≥ 1 metro) e che comportano l'esecuzione di procedure che non generano aerosol; oppure
- un tempo di relazione ≥ 15 minuti, che per la cui esecuzione non è possibile garantire una adeguata distanza di sicurezza tra le persone (≥ 1 metro) ma che comportano l'esecuzione di procedure che non generano aerosol.

(a titolo esemplificativo e non esaustivo: valutazione iniziale del paziente, esame obiettivo, rilevazione parametri vitali, esecuzione di ecografia, esecuzione prelievo ematico, acquisizione del consenso informato, gestione del paziente con manifestazioni cliniche sospette per COVID che si presentano in degenza nel corso di ricovero per altre affezioni, ...)

Nei setting assistenziali e nelle attività a rischio intermedio si applicano le misure generali e le misure specifiche.

5.3.2.1

Ambulatorio

5.3.2.1.1

Prestazioni ambulatoriali autorizzate

Attualmente sono autorizzate le prestazioni ambulatoriali richieste con priorità:

- U – Urgenze, da eseguirsi entro 72 h
- B – Brevi

Inoltre, sono autorizzate le prestazioni:

- in ambito oncologico richieste con qualunque priorità, incluse le prestazioni di II livello previste dalla campagne di screening oncologico;
- inerenti a pazienti sottoposti a impianto di device cardiologici (PM o ICD)
- dialitiche;
- a tutela della salute materno-infantile.

Tutti pazienti già prenotati in classe di priorità B andranno richiamati assegnando una nuova data di effettuazione della prestazione, sulla base del palinsesto rimodulato ed aggiornato.

Attualmente non è possibile svolgere la chirurgia ambulatoriale (ivi compreso il Day service chirurgico) per tutti gli interventi il cui esito a breve/medio termine non abbiano alcun sostanziale impatto sulla qualità della vita della persona assistita.

A tal proposito, la circolare dell'Assessorato della Salute prevede specifiche deroghe, qualora le UU.OO. sono in grado di attuare percorsi dedicati e separati che garantiscano la più elevata sicurezza per utenti e personale sanitario, **da valutarsi caso per caso in accordo con le Direzioni Mediche di Presidio.**



5.3.2.1.2

Riprogrammazione delle attività ambulatoriali

- Informazioni ai pazienti:
 - Il Personale dovrà informare i pazienti relativamente alla prestazione già sospesa indicando la data in cui sarà effettuata la prestazione, orario ed ubicazione dell'ambulatorio (edificio -piano -stanza -n° telefonico di riferimento, etc);
 - I pazienti dovranno essere informati sulla necessità di contattare la struttura per posticipare l'accesso in caso di insorgenza di sintomi respiratori, simil-influenzali o febbre ed in tal caso mettersi in contatto con il proprio medico curante;
 - Gli operatori del Servizio di Call Center del CUP informeranno analogamente gli utenti
- Modalità organizzative:
 - Palinsesti: sia per i primi accessi che per le prestazioni in accesso successivo al primo (controlli - follow up etc) dovranno essere rimodulati secondo i criteri del distanziamento sociale: orario di prenotazione fisso con anticipo dell'arrivo del paziente non superiore a 15 minuti, sale d'attesa con posti contingentati e segnalati, ingressi e uscite separate;
 - Richiamo dei pazienti: prioritariamente dovranno essere richiamati i pazienti cui sia stata annullata la visita nell'ambito delle misure di prevenzione del contagio;
 - Patologie croniche e malattie rare: nella programmazione delle attività ambulatoriali dovrà essere data priorità alle prestazioni a carico di pazienti con tali patologie;

5.3.2.1.3

Sanificazione

Gli ambienti, così come lo strumentario utilizzato, debbono garantire sufficienti standard di sanificazione secondo le indicazioni dell'ECDC (Disinfection of environments in healthcare and non-healthcare settings potentially contaminated with SARS-CoV-2, 26.03.2020) anche in relazione alle attività assistenziali e alla frequenza delle visite.

Le modalità di esecuzione delle procedure di pulizia e disinfezione sono descritte nelle misure generali al punto 5.2.3

5.3.2.1.4

Accesso e gestione delle prenotazioni

Laddove possibile prevedere un pre-triage telefonico al momento della prenotazione.

E' opportuno, inoltre, che ogni mattina vengano consegnati agli operatori addetti al filtro gli elenchi nominativi degli utenti prenotati per ambulatorio o U.O., con il riferimento telefonico per eventuali problematiche.

Gli operatori addetti alla prenotazione debbono avvisare i pazienti della necessità di contattare la struttura per posticipare l'accesso in caso di insorgenza di sintomi respiratori, simil-influenzali o febbre ed in tal caso mettersi in contatto con il proprio medico curante, analogo avviso deve essere effettuato relativamente ai pazienti che prenotino on line.

Non è ammesso l'accesso nell'area ambulatoria in assenza di una valutazione dei fattori di rischio, anche se effettuata nei giorni precedenti per via telefonica.

Non è ammesso l'ingresso agli accompagnatori ad eccezione dei pazienti fragili, quali bambini, anziani, non autosufficienti,....

Occorre valutare l'estensione delle sale di attesa ed altre aree comuni al fine di evitare il sovraffollamento.

Temporizzare gli appuntamenti nella misura dell'estensione della sala di attesa, al fine di ridurre il numero di persone presenti e garantire un adeguato distanziamento, dimensionando, a tale fine, il numero delle sedute presenti in base all'estensione della stessa.

Devono essere invitati ad allontanarsi dalla sala di attesa, senza permanere negli spazi comuni, i pazienti che sono in anticipo rispetto all'orario prefissato.



Nelle aree ambulatoriali devono essere dimezzati il numero di ambulatori funzionanti, alternandone l'apertura tra mattina e pomeriggio e nell'arco della settimana, compresi i giorni prefestivi.

L'utenza deve essere invitata a recarsi presso le Strutture sanitarie con un anticipo non superiore a 15 minuti, tale da garantire il minor numero di astanti nelle fasi di attesa.

Pazienti ed eventuali accompagnatori di pazienti fragili devono essere invitati a igienizzare le mani con soluzione idroalcolica prima di entrare in sala di attesa e prima di entrare in ambulatorio.

5.3.2.1.5

Pre-triage

- Accesso del paziente in Ospedale

- Il giorno prima della visita

Triage telefonico pre-visita: i pazienti devono essere chiamati dal personale dell'ambulatorio per la conferma della visita e la somministrazione di un breve questionario da fare firmate il giorno della visita e da allegare in cartella

- Il giorno della visita

Misurazione della temperatura corporea con termo scanner (secondo le linee guida aziendali):

- Qualora la temperatura corporea sia $<$ a $37,5^{\circ}$ il paziente potrà accedere all'ambulatorio;
- Qualora la temperatura corporea sia $>$ 37.5°C ,

ovvero:

- a) il paziente riferisca, nei 14 giorni precedenti temperatura corporea $>$ 37.5°C e/o tosse;

ovvero:

- b) siano presenti almeno due criteri tra: stanchezza/faticabilità; mal di gola; mal di testa; congestione nasale/rinorrea;

ovvero:

- c) siano presenti almeno due criteri tra: provenienza da aree a rischio; esposizione diretta a casi accertati o sospetti di COVID; esposizione a familiari di casi accertati di COVID; frequentazione di ambienti sanitari dove vengano trattati casi accertati o sospetti di COVID; esposizione per ragioni lavorative ad assembramenti e/o contatti ripetuti con più persone, senza utilizzo dei previsti DPI;

In caso di risultato positivo, il medico responsabile dell'ambulatorio valuterà la possibilità che le condizioni cliniche presentate dal paziente non siano correlabili ad altre affezioni che nulla hanno a che vedere con il CoVid-19 e che costituiscono la ragione della visita ambulatoriale.

Altrimenti, dovrà essere effettuato anche un tampone rinofaringeo dalla struttura accettante e avvisato il MMG.

Il paziente, dopo l'esecuzione del tampone, deve essere inviato al proprio domicilio in attesa del referto, seguendo quanto previsto nel documento "Indicazioni operative per MMG, PLS, Servizio di continuità assistenziale ed Unità speciali di continuità assistenziale (USCA)".

- In caso di referto positivo, il paziente deve essere preso in carico dalle strutture territoriali competenti, come indicato nel suddetto documento.
- In caso di referto negativo, il paziente deve poter accedere alla prestazione sanitaria previa opportuna riprogrammazione.
- Accompagnatori:



I pazienti, forniti di mascherina chirurgica o mascherine certificate con equivalente attività filtrante, qualora autosufficienti e maggiorenni, debbono accedere alla Struttura senza accompagnatori.

Qualora il paziente necessiti di accompagnatore, questi deve essere un singolo accompagnatore per ciascun paziente.

L'accompagnatore deve eseguire adeguata igiene delle mani, essere munito di mascherina chirurgica e sottoposto a valutazione di pre-triage, controllo della temperatura corporea ed anamnesi; in caso di valutazione sospetta al pre-triage non gli sarà consentito l'accesso alla Struttura.

I dati anamnestici e clinici rilevati nel pre-triage del paziente ambulatoriale devono essere registrati su apposita scheda, firmati dall'operatore e dal paziente ed archiviati.

Il paziente, dopo l'esecuzione del tampone, deve essere inviato al proprio domicilio in attesa del referto, seguendo quanto previsto nel documento "Indicazioni operative per MMG, PLS, Servizio di continuità assistenziale ed Unità speciali di continuità assistenziale (USCA)".

In caso di referto negativo, il paziente deve poter accedere alla prestazione sanitaria previa opportuna riprogrammazione

Tutti i pazienti che accedono nell'area di attesa devono indossare la mascherina chirurgica, che deve coprire naso e bocca, e devono avere a disposizione erogatori di soluzione idroalcolica per il lavaggio delle mani.

I pazienti immunodepressi, trapiantati o con patologie oncoematologiche o fragili debbono accedere a sale di attesa ed ambulatori dedicati, al fine di evitare il più possibile il contatto con l'utenza.

I pazienti con patologia onco-ematologica e pazienti candidati a trapianti e terapie oncologiche che prevedano l'uso profilattico di fattori di crescita granulocitari debbono eseguire tampone rinofaringeo nei giorni immediatamente precedenti l'accesso alla struttura.

I percorsi e gli ambulatori laddove possibile devono essere separati e distanziati dagli altri, per garantire una adeguata e più approfondita anamnesi per differenziare la sintomatologia riferibile alla patologia di base e la sintomatologia SARS-COV-2 dipendente.

5.3.2.1.6

Altre precauzioni

Laddove possibile evitare gli scambi di penne tra operatori e pazienti per apporre firme; in alternativa sanificare con soluzione idroalcolica le penne, dopo ogni contatto.

Gli operatori devono igienizzare le mani prima e dopo il contatto con il paziente.

Dopo la rimozione dei DPI effettuare un accurato lavaggio delle mani con acqua e sapone o con soluzioni idroalcoliche.

5.3.3

Gestione dei ricoveri in elezione e degenza

Attualmente sono autorizzati:

- i ricoveri in urgenza,
- i ricoveri elettivi per patologie oncologiche,
- i ricoveri di elezione non oncologici con classe di priorità A per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenze o comunque tali da recare grave pregiudizio per la prognosi,
- gli interventi chirurgici ginecologici per patologia oncologica,
- i parti cesarei programmati,
- gli impianti di device cardiologici (PM o ICD)

5.3.3.1

Accesso

Laddove possibile prevedere un pre-triage telefonico.



Il paziente che deve essere sottoposto a ricovero in elezione, deve essere invitato dall'operatore addetto alla prenotazione a limitare il più possibile i contatti sociali nei quindici giorni precedenti l'ingresso alla struttura sanitaria.

L'accesso agli edifici ed alle UU.OO. deve avvenire da ingressi ben definiti e facilmente raggiungibili dall'utenza, al fine di garantire flussi controllati e ridurre il più possibile il tempo di permanenza dei soggetti all'interno della struttura.

Al momento dell'accesso, il paziente, nel rispetto delle indicazioni di distanziamento sociale, deve eseguire adeguata igiene delle mani, essere fornito dal personale accettante, ove sprovvisto, di mascherina chirurgica (o mascherina equivalente con certificata attività filtrante) e sottoposto a valutazione di pre-triage con controllo della temperatura corporea e anamnesi mirata.

Il paziente che deve essere sottoposto a ricovero ordinario, in DH o in day Surgery nelle categorie autorizzate descritte nel punto precedente 5.3.3, sia in area medica che in area chirurgica, deve effettuare un tampone rino-faringeo. In caso di risultato negativo, il paziente potrà essere ricoverato regolarmente.

Tuttavia nel caso in cui la temperatura corporea, in tale occasione o anche al momento del ricovero, fosse > 37.5 °C ovvero il paziente riferisca, nei 14 giorni precedenti,

- temperatura corporea > 37.5 °C o tosse;

oppure

- almeno due criteri tra: stanchezza/faticabilità; mal di gola; mal di testa; congestione nasale/rinorrea;

oppure

- due criteri tra: esposizione diretta a casi accertati o sospetti di COVID; esposizione a familiari di casi accertati di COVID; frequentazione di ambienti sanitari dove vengano trattati casi accertati o sospetti di COVID; esposizione per ragioni lavorative ad assembramenti e/o contatti ripetuti con più persone, senza utilizzo dei previsti DPI;

deve essere effettuato anche un tampone rinofaringeo dalla struttura accettante e avvisato il MMG.

Deve anche essere presa in considerazione l'eventuale necessità, in relazione alle condizioni cliniche respiratorie, di procedere ad approfondimento diagnostico mediante Rx torace/TC.

In caso di risultato positivo della valutazione anamnestica e clinica, il medico responsabile dell'U.O. valuterà la possibilità che le condizioni cliniche presentate dal paziente non siano correlabili ad altre affezioni che nulla hanno a che vedere con il CoVid-19 e che costituiscono la ragione del ricovero.

I dati anamnestici e clinici rilevati nel pre-triage del paziente ambulatoriale devono essere registrati su apposita scheda, firmati dall'operatore e dal paziente ed archiviati.

In caso di referto di tampone rinofaringeo negativo il paziente può accedere alla struttura in regime di ricovero.

In caso di tampone positivo, qualora il ricovero sia stato programmato per l'esecuzione di una procedura non più differibile, il paziente deve essere indirizzato presso una struttura atta a gestire i pazienti COVID positivi, dotata della branca specialistica di riferimento. Qualora il ricovero sia stato programmato per l'esecuzione di una procedura differibile, il paziente deve essere inviato al proprio domicilio e preso in carico dalle strutture territoriali competenti come indicato nel documento "Indicazioni operative per MMG, PLS, Servizio di continuità assistenziale ed Unità speciali di continuità assistenziale (USCA)" trasmesso alle aziende con nota prot. 17025 del 3/4/2020, con riprogrammazione del ricovero.

Tutti i ricoveri ordinari dell'area medica restano subordinati alle esigenze dell'MCAU.

Le UU.OO. di chirurgia devono garantire un numero di PPLL per le esigenze dell'MCAU h



24 e sette giorni su sette.

5.3.3.2

Degenza

Il regime di ricovero deve avvenire di modo che sia garantita l'adeguata aerazione dei locali e il distanziamento tra pazienti di almeno tre metri.

Durante il periodo di degenza, il paziente deve essere sottoposto a monitoraggio clinico, microbiologico ed eventualmente sierologico in base al quadro clinico al fine di individuare precocemente una eventuale positivizzazione virale.

L'ingresso ai visitatori dei pazienti ricoverati deve avvenire solo con adeguato utilizzo di mascherina chirurgica (o di mascherina certificata con equivalente attività filtrante) e previa misurazione della temperatura corporea e ad anamnesi. Qualora la temperatura corporea sia $> 37.5^{\circ}\text{C}$ ovvero il visitatore riferisca, nei 14 giorni precedenti,

- uno tra temperatura corporea $> 37.5^{\circ}\text{C}$ o tosse;

ovvero

- almeno due criteri tra: stanchezza/faticabilità; mal di gola; mal di testa; congestione nasale/rinorrea;
- ovvero
- due criteri tra: provenienza da "aree a rischio"; esposizione diretta a casi accertati o sospetti di COVID; esposizione a familiari di casi accertati di COVID; frequentazione di ambienti sanitari dove vengano trattati casi accertati o sospetti di COVID; esposizione per ragioni lavorative ad assembramenti e/o contatti ripetuti con più persone, senza utilizzo dei previsti DPI;

deve essere sempre effettuato un tampone rinofaringeo dalla struttura accettante e avvisato il MMG.

Il visitatore, dopo l'esecuzione del tampone, deve essere inviato al proprio domicilio in attesa del referto, seguendo quanto previsto nel documento "Indicazioni operative per MMG, PLS, Servizio di continuità assistenziale ed Unità speciali di continuità assistenziale (USCA)" trasmesso alle Aziende sanitarie con nota prot. 17025 del 3/4/2020.

Al fine di garantire la prevenzione dell'infezione ed il contenimento del virus, è possibile l'ingresso ad un solo visitatore alternato per paziente al giorno, con indicazione al mantenimento delle adeguate distanze dal paziente, all'utilizzo dei necessari DPI e per una durata di tempo limitata.

Tutti i pazienti e i familiari ammessi devono indossare una mascherina chirurgica e igienizzare le mani prima dell'ingresso in reparto.

Raggruppare le attività e pianificare le attività assistenziali al letto del paziente per minimizzare il numero di ingressi nella camera di degenza (ad esempio, controllo dei segni vitali durante la somministrazione di farmaci) rivedendo l'organizzazione del lavoro al fine di evitare, ripetuti accessi nella camera di degenza.

Non è necessario isolare tutti i pazienti in stanze singole.

Vanno isolati in stanza singola solo i pazienti con febbre e/o sintomatologia respiratoria insorta durante il ricovero, in attesa di accertamento diagnostico.

Indossare i guanti per ogni intervento assistenziale che preveda il contatto con il paziente o le sue cose, sostituendoli immediatamente dopo la conclusione della stessa. Non si possono usare lo stesso paio di guanti per assistere pazienti diversi.

Igienizzare le mani prima e dopo del contatto con il paziente e dopo il contatto con ciò che sta attorno al paziente.

Lavarsi le mani prima di entrare in una camera di degenza.



Dopo la rimozione dei DPI effettuare un accurato lavaggio delle mani con acqua e sapone o con soluzioni idroalcoliche.

Le apparecchiature ed ai dispositivi che vengono a contatto con i pazienti che devono essere sanificate dopo ogni utilizzo.

5.3.4

Diagnostica per immagini e procedure diagnostiche invasive

Si applicano le misure e generali sopraindicate, con particolare riguardo alle apparecchiature ed ai dispositivi che vengono a contatto con i pazienti che devono essere sanificate dopo ogni utilizzo.

Temporizzare gli appuntamenti anche per i pazienti ricoverati, in modo da garantire un adeguato distanziamento tra i pazienti in attesa.

Valutare all'ammissione la presenza di febbre e di sintomatologia respiratoria, laddove questi non costituiscano la ragione del ricovero.

Tutti i pazienti e devono indossare una mascherina chirurgica.

Tutti gli operatori devono indossare i normali DPI.

Indossare i guanti per ogni intervento assistenziale che preveda il contatto con il paziente o le sue cose, sostituendoli immediatamente dopo la conclusione della stessa. Non si possono usare lo stesso paio di guanti per assistere pazienti diversi.

Lavarsi le mani prima e dopo del contatto con il paziente e dopo il contatto con ciò che sta attorno al paziente.

Dopo la rimozione dei DPI effettuare un accurato lavaggio delle mani con acqua e sapone o con soluzioni idroalcoliche.

Dedicare delle diagnostiche per immagini per la diagnosi dei casi sospetti di COVID e il monitoraggio dei casi certi.

Definire e identificare ambulatori per eseguire procedure invasive e sale operatorie dedicate ai pazienti non COVID e quelli dedicati ai pazienti sospetti di COVID o COVID positivi.

5.3.5

Percorsi intra-ospedalieri e trasporti

Definire e identificare percorsi dedicati ai pazienti non COVID separati da quelli dedicati ai pazienti COVID.

Definire mezzi di trasporto dedicati ai pazienti non COVID e quelli dedicati ai pazienti COVID.

In ogni caso durante il trasporto di un paziente non COVID, il personale deve indossare i DPI e sovracamice monouso.

In ogni ambulanza deve essere presente un dispenser di soluzione idroalcolica.

Definire e identificare ascensori dedicati al personale ed ai pazienti non COVID e quelli dedicati ai pazienti COVID o sospetti.

Ove non esistano ascensori dedicati, procedere alla sanificazione delle superfici e delle tastiere dopo ogni accesso di un paziente COVID positivo o sospetto.

Limitare l'accesso ad una persona negli ascensori, a meno di trasporto assistito di paziente barellato o su sedia rotelle.

5.3.6

Aree comuni

Sanificazione degli ascensori dedicati al personale ed ai pazienti non COVID tre volte al giorno.

L'attività di sanificazione si deve estendere agli apparecchi telefonici e tastiere dei



distributori delle bevande.

L'accesso agli spazi comuni, comprese le mense aziendali e gli spogliatoi è contingentato.

5.3.3

SETTING ASSISTENZIALI ED ATTIVITÀ A RISCHIO ELEVATO

Possono essere considerate a rischio alto le attività che comportano:

un tempo di relazione prolungato e che per la cui esecuzione è necessario un contatto ravvicinato oppure esecuzione di procedure che comportano la generazione di aerosol.

- un tempo di relazione molto breve (≤ 15 minuti), che per la cui esecuzione non è possibile garantire una adeguata distanza di sicurezza tra le persone (≥ 1 metro) e che comportano l'esecuzione di procedure che generano aerosol; oppure
- un tempo di relazione molto lungo, che per la cui esecuzione non è possibile garantire una adeguata distanza di sicurezza tra le persone (≥ 1 metro) anche se non comportano l'esecuzione di procedure che non generano aerosol.

(a titolo esemplificativo e non esaustivo: trasporto in ambulanza, IOT, manovre rianimatorie, visita odontoiatrica, visita ORL, esecuzione di prova da sforzo, esecuzione di gastroscopia, interventi chirurgici,...)

Per i setting assistenziali a rischio elevato devono essere adottate le misure di prevenzione generali.

Inoltre gli operatori dovranno utilizzare cuffia, mascherina FFP3 o FFP2, occhiali o visiera e camice monouso impermeabile.

Il AOGOI, citando il Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, afferma che l'assistenza al parto vaginale non rientra tra le "procedure che generano aerosol" per cui per l'assistenza al parto vaginale sono sufficienti i normali dispositivi di protezione. L'unica procedura assistenziale in ambito ostetrico che espone al rischio di aerosol è l'intubazione in caso di anestesia generale per taglio cesareo.

A conclusione delle procedure si deve procedere alla decontaminazione di superfici, arredi, strumentario, dispositivi ed ogni altro suppellettile con utilizzando prodotti disinfettanti autorizzati per SARS-CoV-2.

5.3.3.1

Percorso chirurgico

È temporaneamente sospeso il pre-ricovero dei pazienti che devono essere sottoposti ad intervento chirurgico.

I pazienti che devono essere sottoposti ad intervento chirurgico di elezione devono essere sottoposti a tampone rino-faringeo nei giorni precedenti il ricovero.

Se il tampone è negativo, il paziente potrà essere ricoverato ed eseguire l'iter diagnostico preoperatorio.

In corso di procedura chirurgica, l'esecuzione delle manovre anestesiolgiche che prevedano la manipolazione delle vie aeree (ventilazione manuale con pallone auto-espandibile; ventilazione manuale con circuito di Mapleson; intubazione/estubazione oro/naso-tracheale; aspirazione faringo tracheale, ecc.) deve essere eseguita con l'utilizzo degli adeguati DPI: filtro facciale FFP2/FFP3, protezione oculare (occhiali o visiera), doppio paio di guanti monouso, camice/grembiule monouso.

5.3.3.2

Intramonemia ed extramonemia

Sono possibili le attività assistenziali in intramonemia ed extramonemia secondo le modalità sopradescritte e nel pieno rispetto delle normative relative ai volumi di attività.

Al fine di evitare assembramenti all'interno delle strutture, anche le prestazioni ambulatoriali erogate in regime di intramonemia e di extramonemia devono essere erogate in un orario il più ampio possibile, invitando l'utenza a recarsi presso le strutture ambulatoriali con un anticipo



inferiore a 15 minuti, tale da garantire il minor numero di astanti nelle fasi di attesa.

5.4

PRONTO SOCCORSO

Sono individuate 4 macroaree:

- 1) PRETRIAGE (Tenda e adiacente sala isolamento. Funzioni: valutazione pazienti da indirizzare nelle successive tre aree)
- 2) AREA COVID, valutazione pazienti ad alto rischio
- 3) SALA ROSSA E OTI valutazione e attesa pazienti potenzialmente ricoverabili ed in attesa di tampone)
- 4) AREA EX OBI, sosta e valutazione pazienti "puliti" o tampone negativi.

I principi assoluti a cui doversi attenere e mai poter derogare sono:

- corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale per pazienti (mascherina chirurgica, sanificazione mani, copertura-filtro in caso di o2 terapia) e personale sanitario (dotazione minima in aree "pulite": visiera/occhiali, maschera ffp2-chirurgica se mantenuto distanziamento di 1 m dai pazienti, tuta o camice monouso, copriscarpe, guanti)
- corretto distanziamento sociale per pazienti: nel caso si superasse la capacità massima di accoglienza è fatto obbligo non accettare altri pazienti se non per emergenze. Le ambulanze del 118 non potranno sbarellare i pazienti attendendo all'esterno: compilare l'apposito modulo ed inviare fax alla centrale operativa del 118.
- divieto assoluto di ingresso parenti (tranne i casi previsti dalla legge).

area covid: in tale area devono inizialmente transitare tutti i pazienti giunti in PS anche con un solo sintomo positivo (febbre, dispnea, polipnea, ridotta saturazione di O₂, tosse) o con sospetta anamnesi positiva (contatto stretto e diretto con pazienti covid positivi, trasporto da 118 per sospetto covid, personale sanitario, contatti diretti con pazienti covid positivi negli ultimi 15 gg, familiari in quarantena etc); non sono ammesse deroghe di nessun tipo all'invio dei pazienti in area covid.

Se il paziente, intercettato in pre-triage, giunge autonomo ed in assenza di sintomi significativi (es: solo tosse e febricola, contatto asintomatico con positivo, invio da medico curante o specialista senza sintomi, criterio epidemiologico positivo) verrà fatto attendere all'esterno del pronto soccorso allertando medico ed infermiere dell'area COVID se non impegnati. Se questi sono impegnati con altri pazienti in area COVID a cascata saranno chiamati, il medico di triage avanzato, il medico di OTI, il medico ambulatorio 5, il medico di OBI.

Nel caso in cui si ritenga necessario approfondire in pre-triage la anamnesi o integrare il percorso con esame clinico completo, il paziente verrà fatto accomodare nell'ambulatorio dedicato sito accanto alla tenda pre-triage, dall'ingresso principale. il personale sanitario, indossando DPI previsti: (mascherina FFP2, occhiali o visiera, camice o sovracamice monouso, doppi guanti, sovrascarpe) entrerà dall'ingresso "pulito" dedicato.

I pazienti psichiatrici in TSO attenderanno nella tenda l'esito del tampone.

- rimane come già individuata la area vestizione e svestizione per l'area COVID.
- DPI previsti: occhiali-visiera, maschera ffp2 o ffp3 se manovre a rischio o paziente in ventilazione /o2terapia, tute laminare, doppi guanti, sovrascarpe.
- gli ex ambulatori da 1 a 4 sono quelli dedicati alla gestione dei casi sospetti. se il paziente deve essere ricoverato in reparto no COVID o dimesso perché tampone negativo verrà "sanificato" nello stesso ambulatorio in cui è stato visitato ed ha soggiornato.
- in caso di positività di paziente per COVID l'ambulatorio non sarà reso accessibile ad altri se non dopo accurata sanificazione del locale (chiamare ditta pulizie e avvisare caposala per la attivazione la sanificazione della stanza).
- sono assegnati alla area COVID 1 medico, 2 infermieri e 2 oss. nel caso in cui non siano presenti pazienti o quelli in carico non necessitano di stretto monitoraggio, al fine di



preservare i dispositivi di protezione individuale, si vestirà il numero minimo di personale.

- numero massimo di pazienti che si possono accogliere in area COVID 4 (uno per singola stanza) ma, se sono presenti pazienti stabili che non necessitano di monitoraggio o ossigeno è obbligo far attendere in poltrona o sedia tali pazienti nelle zone laterali agli ambulatori, mantenendo il distanziamento spaziale di almeno 3 metri tra i pazienti (non di fronte agli ambulatori dove sarebbe impossibile mantenere il distanziamento durante i trasporti).

Triage avanzato: dedicata una parte della ex sala attesa 2 con attrezzato un mini ambulatorio dove l'infermiere ed il medico possono avviare tutte le indagini clinico-diagnostiche necessarie.

La adiacente ex sala di attesa rimane dedicata ai pazienti in attesa ed in carico al triage avanzato. Tollerato un numero massimo di pazienti autonomi presenti nel numero di 8 (distanza sociale di 1 m). Possono sostare in tale area pazienti "puliti" non in attesa di tampone.

Sala rossa:

- rimane il punto di riferimento per i pazienti instabili e/o critici.
- accoglie, in assenza di casi "critici", i codici gialli e verdi preferibilmente da valutare nelle due postazioni poste a sinistra del bancone da lavoro.
- tutti i pazienti potenzialmente ricoverabili devono eseguire immediatamente il tampone per escludere la infezione da COVID.
- i pazienti tampone negativi che non necessitano di stretto monitoraggio dovranno essere successivamente spostati in area OBI (che perde la funzione classica).

DPI previsti: (mascherina FFP2, occhiali o visiera, camice o sovracamice monouso, doppi guanti, sovrascarpe). Zona svestizione per tale area: predisposta nel corridoio rosso uscendo dalla porta adiacente.

Ambulatorio 5: oltre alla funzione di "fragilità" sarà un ambulatorio visita.

- tutti i pazienti potenzialmente ricoverabili devono eseguire immediatamente il tampone per escludere la infezione da COVID.
- i pazienti in attesa di tampone sostano in OTI mantenendo il distanziamento spaziale di 3 metri (quindi non più di 4-5)
- i pazienti tampone negativi dovranno essere successivamente spostati in area OBI (che perde la funzione classica). i pazienti "puliti" da non ricoverare attenderanno o in sala triage avanzato (numero massimo pazienti 8) o in zona OBI (numero massimo pazienti 14/16 mantenendo un distanziamento spaziale di 1 m).
- DPI previsti: (mascherina FFP2, occhiali o visiera, camice o sovracamice monouso, doppi guanti, sovrascarpe)

Saranno presenti un medico, un infermiere ed un oss h 24.

5.5

TRASFERIMENTO DA ALTRE STRUTTURE

Le richieste di trasferimenti da altre strutture devono essere accompagnate da un tampone negativo effettuato nelle 48 h precedenti il trasferimento.

Nelle patologie tempo-dipendenti, il paziente viene sottoposto a tampone prima del senza attenderne l'esito. Il paziente verrà gestito come un paziente CoVID positivo.



Indice di revisione	Motivo della revisione	Data

