

REGIONE PIEMONTE - Deliberazioni della Giunta Regionale

**Deliberazione della Giunta Regionale 15 maggio 2020, n. 29-1379**

**Indirizzi alle ASR e alle strutture sanitarie private per la ripresa e l'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'andamento dell'epidemia da COVID-19.**

A relazione dell'Assessore Icardi

Premesso che:

- al fine di ridurre la diffusione del Virus Sars Cov2, è indispensabile ripensare e ridefinire i processi organizzativi e assistenziali, gli spazi e l'articolazione delle diverse attività sanitarie e amministrative all'interno delle strutture aziendali nell'arco della giornata e della settimana;
- con la nota del Ministero della Salute GAB 0002619-P-29/02/2020, recante "Linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da covid-19" si impone, tra l'altro, alle Regioni di "individuare opportune soluzioni organizzative che consentano di soddisfare il potenziale incremento della necessità di ricovero in tale ambito assistenziale, fermo restando che ogni Regione deve identificare prioritariamente una o più strutture/stabilimenti da dedicare alla gestione esclusiva del paziente affetto da COVID-19 ("COVID Hospital") in relazione alle dinamiche epidemiologiche, dovranno intanto essere predisposte pianificazioni per ognuno degli ambiti territoriali che prevedano: ... (omissis) ... la previsione di ampliare la capacità di ogni singola struttura ospedaliera mediante l'attivazione di posti letto di area critica attualmente non funzionante e/o procedere ad una rimodulazione dell'attività programmata".

Visti:

- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421";
- il Decreto-Legge del 23 febbraio 2020 n. 6 "Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 convertito con modificazioni dalla legge n. 13 5/03/2020";
- il Decreto-Legge del 2 marzo 2020 n. 9 "Misure di sostegno per famiglie lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID - 19";
- il Decreto-Legge dell'8 marzo 2020 n. 11 "Misure straordinarie ed urgenti per contrastare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e contenere gli effetti negativi sullo svolgimento dell'attività giudiziaria";
- il Decreto-Legge n. 14 del 9 marzo 2020 "Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19";
- il Decreto-Legge n. 18 del 17 marzo 2020 "Misure di potenziamento del servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" convertito con modificazioni dalla legge n. 27 del 24/04/2020";
- il Decreto-Legge n. 19 del 25 marzo 2020 "Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19";
- il Decreto-Legge n. 23 dell'8 aprile 2020 "Misure urgenti in materia di accesso al credito e di adempimenti fiscali per le imprese, di poteri speciali nei settori strategici, nonché interventi in materia di salute e lavoro, di proroga di termini amministrativi e processuali";
- il Decreto-Legge n. 28 del 30 aprile 2020 "Misure urgenti per la funzionalità dei sistemi di intercettazioni di conversazioni e comunicazioni, ulteriori misure urgenti in materia di

ordinamento penitenziario, nonché disposizioni integrative e di coordinamento in materia di giustizia civile, amministrativa e contabile e misure urgenti per l'introduzione del sistema di allerta Covid-19”;

- le Ordinanze del Ministro della Salute rispettivamente del 25 gennaio 2020, 30 gennaio 2020, 21 febbraio 2020;
- il Decreto del Capo del Dipartimento della Protezione Civile in data 3 febbraio 2020 n. 630 “Primi interventi urgenti in protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili”;
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 aprile 2020 “Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale”;
- il Decreto del Ministero della Salute del 30/04/2020 “Emergenza COVID-19: attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio dalla fase 1 alla fase 2A di cui all'allegato 10 del DPCM 26/4/2020.

Richiamate:

- le indicazioni o chiarimenti forniti con circolari Ministeriali relativamente alla situazione emergenziale da COVID-19 ed in particolare:
  - la circolare 0002627-01/03/2020-GAB-GAB-P del 1° marzo 2020 avente ad oggetto “Incremento disponibilità posti letto del Servizio Sanitario Nazionale e ulteriori indicazioni relative alla gestione dell'emergenza COVID-19” con la quale si è data indicazione alle Regioni di procedere all'incremento dei posti letto dei reparti di terapia intensiva, di pneumologia e di malattie infettive;
  - la circolare 0007865-25/03/2020-DGPROGS-MDS-P del 25 marzo 2020 avente ad oggetto “Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19”.

Viste:

- la DGR 13 marzo 2020, n. 12-1124 recante “Emergenza da COVID-19. Variazione temporanea nella dotazione dei posti letto nell'ambito delle strutture pubbliche e disposizioni transitorie per la contrattualizzazione di eventuali prestazioni aggiuntive con le strutture private autorizzate ed accreditate a supporto del sistema pubblico”;
- la DGR 6 aprile 2020, n. 2-1205 recante “Emergenza epidemiologica da COVID-19. Approvazione accordo tra la Regione Piemonte, Prefettura di Torino, Comune di Torino e Società consortile per azioni O.G.R.-CRT per la realizzazione e l'avvio di un'area sanitaria temporanea all'interno del complesso denominato Officine Grandi Riparazioni (O.G.R. ai sensi dell'art. 4 del D.L. 18/2020”.

Visti i piani di riorganizzazione per quanto riguarda l'area ospedaliera e l'area territoriale definiti a livello aziendale e di quadrante, depositati agli atti del competente Settore della Direzione Sanità e Welfare.

Considerato che:

- a partire dal mese di febbraio 2020, a seguito della diffusione sul territorio dell'epidemia COVID-19, si sono registrati incrementi considerevoli di accesso alle strutture ospedaliere per pazienti affetti da COVID-19 e, di conseguenza, sono state messe in atto azioni che hanno consentito al Sistema Sanitario Regionale di rispondere alle necessità di assistenza ospedaliera per i pazienti affetti da sindromi respiratorie acute connesse con infezione da Sars-Cov-2;

- l'attuale scenario di evoluzione dell'epidemia evidenzia, al momento, una diminuzione della necessità di posti letto per assistenza a pazienti affetti da COVID-19 tale da permettere un parziale riorientamento delle attività ospedaliere e territoriali attraverso il riavvio di attività parzialmente o completamente sospese;
- l'evoluzione della situazione epidemiologica verificatasi nei mesi di febbraio, marzo e aprile peraltro ha evidenziato il carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia con un numero importante di casi sul territorio regionale, che suggerisce di procedere con le indispensabili cautele nel riorientamento delle attività sanitarie, individuando i criteri cui le strutture ospedaliere e territoriali dovranno attenersi al fine di ridurre il rischio di una ripresa dell'epidemia.

Preso atto che la Direzione Sanità e Welfare, ai fini istruttori, ha tenuto conto delle seguenti indicazioni:

- la nota della Unità di Crisi prot. 11029 del 04.03.2020 avente per oggetto: “Indicazioni in merito alla gestione dei pazienti ambulatoriali in ambito ospedaliero a seguito della emergenza epidemiologica COVID-19”;
- la nota della Unità di Crisi prot. 11054 del 05.03.2020 avente per oggetto: “Sospensione immediata attività chirurgica ordinaria. Disposizioni”;
- la nota della Unità di Crisi prot. 14467 del 19.03.2020 avente per oggetto: “Chiusura dei Pronto Soccorso a minore accesso”;
- la nota della Unità di Crisi prot. 15343 del 25.03.2020 avente per oggetto: “Gestione della dimissione dei pazienti con infezione confermata SARS COV2”;
- la nota della Unità di Crisi prot. 16411 del 31.03.2020 avente per oggetto: “Emergenza Covid 20: linee di indirizzo ministeriali sull'assistenza territoriale”;
- le indicazioni della Unità di Crisi del 6.4.2020 avente per oggetto: “Indicazioni per la gestione delle donne in gravidanza con COVID-19 sospetta o documentata”;
- la nota della Unità di Crisi prot. 18735 del 14.04.2020 avente per oggetto: “Precisazioni in merito alla DGR 14-1150 del 20.03.2020. Indicazioni in merito al trasferimento degli ospiti/pazienti”;
- la nota della Unità di Crisi prot. 21141 del 29.04.2020 avente per oggetto: “Indicazioni in merito all'accesso e dimissione da strutture sanitarie ospedaliere e territoriali”;
- la nota della Unità di Crisi prot. 21924 del 04.05.2020 avente per oggetto: “Trasmissione indicazioni operative nelle Strutture del DSM”;
- la nota della Unità di Crisi prot. 22122 del 05.05.2020 avente per oggetto: “Trasmissione indicazioni generali per la prevenzione del contagio da COVID 19 e la tutela degli utenti e degli operatori dei centri diurni per le persone con disabilità”;
- la nota della Unità di Crisi prot. 22129 del 05.05.2020 avente per oggetto: “Trasmissione indicazioni generali per la prevenzione del contagio da COVID 19 e l'assistenza alle persone con autismo e disabilità intellettiva”;
- la nota della Unità di Crisi prot. 23810 del 13.05.2020 avente per oggetto: “Trasmissione indicazioni operative per la gestione COVID per le Strutture del Dipartimento delle Dipendenze”;
- la nota della Unità di Crisi prot. 22172 del 05.05.2020 avente per oggetto: “Indicazioni in merito alla gestione ospedaliera e territoriale. Fase 2”;
- la nota della Unità di Crisi prot. 23445 del 11.05.2020 avente per oggetto: “Fase 2. Recupero attività ambulatoriale e di ricovero precedentemente sospesa.

Dato atto che l'Allegato 1 al presente provvedimento è stato condiviso, tramite mail del 12.05.2020, e successivamente discusso con il Comitato Tecnico Scientifico nella riunione istruttoria tenutasi in data 14.05.2020, e tiene conto dei diversi contributi pervenuti dal Comitato stesso.

Ritenuto di:

- approvare gli “Indirizzi alle ASR e alle strutture sanitarie private per la ripresa e l’organizzazione delle attività sanitarie in relazione all’andamento dell’epidemia da COVID-19”, allegato sub A) al presente atto a farne parte integrante e sostanziale;
- stabilire che le Aziende Sanitarie Regionali, per quanto riguarda le strutture ospedaliere e territoriali, dovranno mantenere operative, fino a nuove disposizioni, le “Aree temporanee” già costituite per far fronte all’emergenza epidemiologica onde poter disporre, nel caso di nuovi incrementi di contagi, di aree già attrezzate;
- stabilire che le Aziende Sanitarie Regionali dovranno osservare gli indirizzi di cui all’Allegato 1 al fine di assicurare un livello di sicurezza omogeneo su tutti gli ambiti aziendali, procedendo alla revisione dei piani operativi ospedalieri, territoriali e di quadrante, di rientro alla normalità nella fase “Covid 2”;
- stabilire che le Aziende Sanitarie dovranno indirizzare le proprie attività di vigilanza finalizzandole alla verifica del rispetto delle modalità di erogazione delle attività sanitarie, che dovranno essere conformi ai contenuti descritti nell’Allegato 1;
- dare mandato alla Direzione Sanità e Welfare, avvalendosi delle indicazioni dell’Unità di Crisi e del Comitato Tecnico Scientifico dell’Unità di Crisi, di procedere all’aggiornamento periodico ed all’integrazione dei contenuti dell’Allegato 1, nel rispetto dei principi e criteri igienico-organizzativi di riferimento, nonché degli ulteriori indirizzi di carattere nazionale o regionale;
- dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale in quanto l’attuazione del medesimo trova copertura nell’ambito delle risorse assegnate annualmente alle Aziende sanitarie di cui agli atti di riparto del Fondo sanitario.

Tutto ciò premesso,

attestata la regolarità amministrativa del presente atto, in conformità alla D.G.R. n. 1-4046 del 17 ottobre 2016;

la Giunta Regionale a voti unanimi resi nelle forme di legge,

#### d e l i b e r a

- di approvare gli “Indirizzi alle ASR e alle strutture sanitarie private per la ripresa e l’organizzazione delle attività sanitarie in relazione all’andamento dell’epidemia da COVID-19”, allegato sub A) al presente atto a farne parte integrante e sostanziale;
- di stabilire che le Aziende Sanitarie Regionali, per quanto riguarda le strutture ospedaliere e territoriali, dovranno mantenere operative, fino a nuove disposizioni, le “Aree temporanee” già costituite per far fronte all’emergenza epidemiologica onde poter disporre, nel caso di nuovi incrementi di contagi, di aree già attrezzate;
- di stabilire che le Aziende Sanitarie Regionali dovranno osservare gli indirizzi di cui all’Allegato 1 al fine di assicurare un livello di sicurezza omogeneo su tutti gli ambiti aziendali, procedendo alla revisione dei piani operativi ospedalieri, territoriali e di quadrante, di rientro alla normalità nella fase “Covid 2”;
- di stabilire che le Aziende Sanitarie dovranno indirizzare le proprie attività di vigilanza finalizzandole alla verifica del rispetto delle modalità di erogazione delle attività sanitarie, che dovranno essere conformi ai contenuti descritti nell’Allegato 1;

- di dare mandato alla Direzione Sanità e Welfare, avvalendosi delle indicazioni dell'Unità di Crisi e del Comitato Tecnico Scientifico dell'Unità di Crisi, di procedere all'aggiornamento periodico ed all'integrazione dei contenuti dell'Allegato 1, nel rispetto dei principi e criteri igienico-organizzativi di riferimento, nonché degli ulteriori indirizzi di carattere nazionale o regionale;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale in quanto l'attuazione del medesimo trova copertura nell'ambito delle risorse assegnate annualmente alle Aziende sanitarie di cui agli atti di riparto del Fondo sanitario.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

REGIONE PIEMONTE

**LINEE DI INDIRIZZO  
PER LA RIPRESA DELLE ATTIVITA' SANITARIE  
FASE 2 – COVID-19**

Documento condiviso con il Comitato Tecnico Scientifico in data 14 maggio 2020

## SOMMARIO

1. Introduzione e metodologia
2. Misure generali
  - a. limitazione accessi
  - b. prevenzione trasmissione per via respiratoria e igiene delle mani e degli ambienti
  - c. distanziamento sociale
  - d. DPI
3. Percorsi interni
4. Accesso in PS/DEA e modalità di valutazione dei pazienti
5. Area critica
6. Attività chirurgica
  - a. interventi in emergenza
  - b. interventi in urgenza
  - c. interventi in elezione in regime di ricovero
  - d. interventi ambulatoriali
7. Attività ambulatoriale
8. Servizi territoriali e strutture residenziali sociali e sanitarie
  - a. attività specialistica ambulatoriale
  - b. servizi consultoriali
  - c. dipartimenti salute mentale e dipendenze
  - d. autismo e disabilità intellettiva
  - e. assistenza territoriale
  - f. attività di screening oncologico
9. Criteri di dimissione, di guarigione e di sospensione delle misure di isolamento
  - a. criteri generali
  - b. criteri per situazioni particolari

Bibliografia

# 1. INTRODUZIONE E METODOLOGIA

Nella fase epidemica attuale la ripresa delle attività sanitarie elettive è condizionata dalla necessità di garantire i migliori livelli di sicurezza per i pazienti e il massimo di protezione per il personale.

In base alle evidenze scientifiche disponibili e all'analisi dei dati registrati nella piattaforma COVID della Regione Piemonte sono state trasmesse alle Aziende Sanitarie Regionali in data 29/04/2020 da parte dell'Unità di Crisi le indicazioni preliminari per la ripresa delle attività sanitarie.

Sono inoltre stati costituiti gruppi di lavoro per le diverse aree disciplinari.

Le Aziende Sanitarie hanno elaborato i piani per la ripresa delle attività sanitarie e i piani di emergenza COVID-19 e li hanno trasmessi tra il 03/05 e l'11/05/2020 all'Unità di Crisi.

I gruppi di lavoro disciplinari hanno prodotto documenti tecnici per i diversi ambiti di competenza, con particolare attenzione alla dimensione di quadrante. I documenti saranno resi disponibili a breve, dopo verifica dell'omogeneità di approccio e della compatibilità generale.

Le linee di indirizzo di seguito riportate sono relative ai percorsi di accesso, assistenza, cura e prevenzione nell'ambito delle strutture sanitarie regionali; sono state elaborate a partire dalle indicazioni preliminari già trasmesse in data 29/04/2020, integrando in un testo unico i contributi provenienti dalle Aziende Sanitarie e dai gruppi di lavoro disciplinari; sono inoltre stati considerati i riferimenti normativi nazionali e regionali, le raccomandazioni delle Società Scientifiche di settore, le indicazioni pertinenti contenute in documenti regolatori di enti sanitari europei e internazionali e in documenti analoghi di altre regioni.

In questa fase epidemiologica, le linee di indirizzo costituiscono uno strumento volto a coordinare in modo omogeneo l'impegno di tutte le componenti del Servizio Sanitario Regionale, su tre obiettivi fondamentali:

- contenere la diffusione del virus e limitare la morbosità e la mortalità conseguenti;
- assicurare il mantenimento dei servizi essenziali;
- garantire una pronta risposta del sistema in caso di riprese epidemiche.

Si tratta di linee di indirizzo generali, da adattare nei diversi presidi, anche in base ai percorsi già definiti e sperimentati.

Il presente documento è destinato alle Aziende Sanitarie Regionali e a tutte le strutture sanitarie private, per orientare l'attuazione dei piani e per favorire la trasmissione delle necessarie disposizioni, attraverso le opportune azioni informative e formative, a tutti i soggetti coinvolti:

- personale sanitario, tecnico ed amministrativo operante nelle strutture sanitarie;
- utenti/assistiti;
- personale delle ditte esterne che afferisce alle strutture sanitarie per servizio (addetti alle pulizie, dipendenti di cooperative di servizio, ecc.);
- operatori nei servizi di utilità interni alle strutture suddette e aperti alla cittadinanza (bar, punti ristoro, edicola, mensa, ecc.);
- visitatori;
- fornitori;
- volontari ed altre figure coinvolte.

## 2. MISURE GENERALI

L'accesso alle strutture sanitarie deve avvenire, in linea di principio, previa prenotazione, sia per le prestazioni sanitarie che per quelle amministrative, privilegiando se possibile le attività da remoto al fine di garantire un accesso in condizioni di sicurezza igienico-sanitaria.

E' opportuno che ogni azienda si doti di una funzione di verifica e controllo del rispetto delle misure generali di seguito descritte.

### 2a. Limitazione degli accessi

- L'accesso delle persone alla struttura sanitaria e socio-sanitaria deve essere consentito solo a chi ne ha effettiva necessità, attraverso un limitato numero di ingressi (possibilmente uno solo), tenendo conto dei volumi di afflusso ed in modo da evitare gli assembramenti o eccessivi disagi per l'utenza.
- L'accesso per eventuali accompagnatori dovrà essere limitato alle situazioni di stretta necessità per supporto a minori o a soggetti disabili o fragili.
- L'accesso dei visitatori alle aree di degenza è inibito fino a nuove indicazioni, sia nei presidi ospedalieri che nelle strutture residenziali sanitarie, salvo indicazioni specifiche delle Direzioni Sanitarie di riferimento.
- Presso tutti gli ingressi delle strutture sanitarie dovranno essere attivate aree di filtro, presidiate da personale addetto alla spiegazione dei criteri di accesso e alla misurazione della temperatura corporea.
- Nelle adiacenze degli ingressi potranno essere affissi cartelli esplicativi sui criteri epidemiologici, sui criteri di contatto stretto e sui criteri clinici relativi all'infezione da SARS-CoV-2 (vedere Tabella 1).
- Il personale addetto alla funzione di filtro potrà impedire l'accesso alle strutture sanitarie ai soggetti con criteri epidemiologici o clinici sospetti per infezione da SARS-CoV-2, siano essi utenti o operatori, invitando gli stessi a rivolgersi al medico di medicina generale o, eventualmente al PS/DEA qualora le condizioni del paziente lo richiedano.
- In caso di accesso consentito il personale verificherà la dotazione di idonea copertura di naso e bocca, in assenza della quale fornirà una mascherina alla persona, con eventuale supporto per garantirne l'uso corretto; darà inoltre indicazioni per l'igienizzazione delle mani, prima dell'ingresso nelle strutture.
- E' opportuno che ogni azienda/struttura stabilisca propri criteri di identificazione delle categorie di persone che hanno accesso e/o sono autorizzate a circolare nella struttura (eventualmente anche mediante strumenti quali pass, braccialetto, adesivo, ecc.), in modo da ridurre al minimo potenziali rischi derivanti da flussi non controllati all'interno della struttura di persone di cui non è stata valutata la potenziale contagiosità.
- Al personale dipendente che presenti sintomatologia respiratoria e/o febbre/febbricola ( $TC >37,5^{\circ}C$ ) è fatto obbligo di rimanere al proprio domicilio; qualora la sintomatologia insorga durante il servizio, il dipendente deve avvisare immediatamente il responsabile dell'UO per l'immediato rientro al domicilio, previa esecuzione del tampone nasofaringeo per la ricerca del SARS-CoV-2; detto personale va inoltre responsabilizzato sulla necessità di osservare scrupolosamente le disposizioni in materia di contenimento del contagio previste dai provvedimenti in vigore con particolare riferimento all'impiego sia all'interno dell'ambiente di lavoro che negli spostamenti da e per il domicilio, degli idonei DPI, nonché di gel o altra soluzione igienizzante e delle misure di distanziamento sociale; in ogni reparto/servizio va documentata la presa d'atto di ogni dipendente di questi criteri e verificata la sua effettiva comprensione dei comportamenti da adottare in caso di segni/sintomi suggestivi di infezione respiratoria.
- E' necessario che ogni Azienda stabilisca orari di apertura/chiusura delle strutture, in parallelo con gli orari di svolgimento dell'attività sanitaria; al di fuori degli orari suddetti, l'accesso deve essere negato, salvo permessi particolari per situazioni contingenti, che devono essere di volta in volta autorizzati dal servizio interessato.

### 2b. Prevenzione della trasmissione per via respiratoria e igiene delle mani e degli ambienti

- Tutti i soggetti che accedono alle strutture sanitarie (pazienti, accompagnatori, personale in servizio) devono igienizzare le mani all'ingresso e indossare la mascherina chirurgica durante tutto il periodo di permanenza all'interno delle strutture stesse.
- E' indicato l'utilizzo di fazzoletti di carta monouso per soffiarsi il naso; lo smaltimento dei fazzoletti sporchi deve avvenire negli appositi contenitori per rifiuti, che devono essere collocati nei punti strategici della struttura, accompagnandoli con apposita segnaletica; subito dopo aver soffiato il naso è necessario lavarsi le mani con acqua e sapone o igienizzarle con soluzione alcolica.



- E' indispensabile provvedere con frequenza elevata all'igienizzazione degli spazi comuni e in particolare delle superfici.
- Ad ogni accesso deve essere resa disponibile una congrua quantità di gel oppure deve essere individuato il servizio igienico più vicino al quale poter lavare le mani.

## 2c. Distanziamento sociale

- In tutti gli spazi ed i locali delle strutture sanitarie dovranno essere garantite le misure di distanziamento sociale volte a prevenire la trasmissione delle infezioni e previste dalle normative vigenti per tutti gli ambienti chiusi [DPCM 26/04/20].
- Gli ambienti in cui garantire il distanziamento comprendono, oltre alle aree di attività sanitaria e di degenza, anche le sale d'attesa dei vari servizi/reparti, i corridoi, le zone ristoro e i servizi igienici; particolare attenzione dovrà essere posta agli ambienti a maggiore rischio di affollamento (p.es. sale d'aspetto dei servizi diagnostici e degli ambulatori e locali dei PS).
- In ogni ambiente va assicurata una distanza fra le persone di almeno 1 m.
- Nel caso in cui i soggetti interessati non possano indossare la mascherina chirurgica e quindi siano a rischio di aerosolizzare le secrezioni respiratorie nell'ambiente (p.es. pazienti in O2-terapia) la distanza di sicurezza è da aumentare a 2 m.
- Le distanze di sicurezza dovranno comunque essere commisurate alle caratteristiche degli spazi chiusi, alla circolazione aerea negli ambienti e ai flussi dei pazienti all'interno degli stessi.
- Le Direzioni Sanitarie e i Servizi di Prevenzione e Protezione dovranno collaborare con i responsabili delle strutture per definire il numero massimo di utenti che potranno permanere nei diversi ambienti, prevedendo anche la disposizione dei presidi e degli arredi (carrozine, barelle, poltrone, sedie fisse, ecc.); il personale preposto di ogni reparto/servizio/ambulatorio dovrà monitorizzare gli accessi e le presenze, e verificare che le distanze di sicurezza siano rispettate da tutti.
- I pazienti dovranno sostare all'interno dei diversi ambienti per il tempo minimo necessario allo svolgimento delle attività assistenziali, anche mediante la definizione di percorsi accelerati di diagnosi/cura e di procedure rapide di destinazione all'interno delle strutture.
- L'accesso agli ambienti chiusi (p.es. sale d'attesa) dovrà essere regolamentato mediante procedure di prenotazione scaglionata; in caso di raggiungimento delle soglie massime di presenza gli accessi dovranno essere contingentati; nelle situazioni in cui non sia possibile un contingentamento degli accessi (p.es. DEA/PS) si dovranno attivare procedure per la liberazione degli spazi interni saturati; tali procedure includono per i DEA/PS il rinvio sul territorio dal pre-triage dei pazienti con codici a bassa priorità, i percorsi fast-track, l'accesso facilitato alle strutture di ricovero, la programmazione preferenziale di visite specialistiche ed accertamenti strumentali, la facilitazione delle dimissioni protette di pazienti fragili.
- Per quanto possibile si dovranno rispettare le normative vigenti sul distanziamento nei locali con flussi continui di persone, che prevedono l'accesso di un soggetto per volta (oltre a 2 operatori) negli ambienti chiusi con superficie fino a 40 m<sup>2</sup>.
- È inoltre necessario raccomandare all'utenza e agli operatori, mediante appositi avvisi, di ridurre al minimo la permanenza negli spazi ristretti (ascensori, servizi igienici, antibagno).
- Vanno confermate, per tutti, le norme per il rispetto delle distanze minime e delle altre misure di prevenzione in tutti gli spazi comuni (servizi di ristorazione, spogliatoi, ecc.).

## 2d.DPI

- Il personale in servizio nelle strutture sanitarie dovrà impiegare i DPI (dispositivi di protezione individuale) in base alla destinazione dei percorsi e dei settori da presidiare.
- Nei percorsi e settori COVIDe sospetti COVID si utilizzeranno DPI dedicati e differenziati in base al rischio di aerosolizzazione da parte dei pazienti, come da disposizioni dell'Istituto Superiore di Sanità [ISS - Rapporto n. 2/2020].
- In tutte le situazioni di incertezza riguardo allo status COVID dei pazienti, come per gli interventi in emergenza o su pazienti con dati anamnestici non rilevabili, dovranno essere impiegati i DPI previsti per la gestione dei pazienti COVID accertati.
- Nei percorsi e settori no-COVIDdovranno comunque essere impiegatidal personalemascherina chirurgica e guanti.
- Le aziende devono garantire adeguate scorte di DPI, in modo da coprire il fabbisogno ordinario e da assicurare anche la copertura per eventuali riprese epidemiche.



### 3. PERCORSI INTERNI

- Le ASL/ASO/AOU dovranno predisporre ove possibile percorsi e settori differenziati di accoglienza e di degenza per pazienti COVID, per pazienti sospetti COVID (aree “grigie”) e per pazienti no-COVID, nell’ambito del singolo presidio o attraverso integrazioni e sinergie tra presidi diversi della stessa azienda o tra aziende diverse.
- I percorsi e i settori differenziati, inclusi quelli per sospetti COVID, dovranno essere predisposti ove possibile nei DEA/PS, nelle OBI, nei reparti di degenza, nelle sale operatorie, nei servizi diagnostici e negli ambulatori.
- I pazienti sospetti COVID dovranno per quanto possibile essere isolati singolarmente, nei percorsi e nei settori dedicati, fino a definizione dello status infettivo (COVID o no-COVID).
- Nell’impossibilità di separare singolarmente i pazienti sospetti COVID, potranno essere considerate modalità di isolamento di coorte.
- Solo in caso di esaurimento delle disponibilità di aree di isolamento singolo o di coorte per i pazienti sospetti COVID, gli stessi potranno essere collocati in altri settori in base alla probabilità stimata di infezione, con inserimento nei settori no-COVID solo dei pazienti a probabilità minima di sia infezione che di aerosolizzazione; gli altri pazienti sospetti COVID potranno essere collocati in aree COVID, cercando di garantire una separazione dai pazienti COVID accertati.
- I trasferimenti di pazienti da reparti COVID a reparti no-COVID potranno essere considerati solo dopo la guarigione completa, definita secondo le indicazioni dell’Istituto Superiore di Sanità in base alla risoluzione della sintomatologia COVID correlata e alla negatività di due test RT-PCR a distanza di almeno 24 ore [ISS – Rapporto n. 1/2020]; in caso di trasferimenti di questo tipo è opportuno garantire la collocazione dei pazienti guariti da COVID-19 in ambienti separati da quelli dei pazienti no-COVID.
- I pazienti no-COVID ricoverati in reparti per acuti potranno essere trasferiti in altri reparti no-COVID della stessa azienda senza effettuare un nuovo tampone faringeo (oltre a quello effettuato all’ingresso in Ospedale), salvo indicazioni specifiche su base clinica o epidemiologica; l’effettuazione del tampone di controllo in uscita è indicata in caso di trasferimento in strutture esterne di riabilitazione o lungo-degenza di altre aziende pubbliche o private.
- Ferma restando l’autonomia delle singole ASL/ASO/AOU nella definizione dei piani interni e delle sinergie con altre aziende, i presidi ospedalieri sede di DEA/PS dovranno comunque dotarsi di percorsi differenziati COVID/ sospetti COVID / no-COVID – solo i presidi non sede di DEA/PS potranno essere dedicati esclusivamente a pazienti COVID o a pazienti no-COVID.
- Per i servizi (laboratorio e radiologia), per le attività di diagnostica strumentale e per le visite specialistiche da effettuare all’interno dei presidi ospedalieri per i pazienti in carico in DEA/PS o ricoverati dovranno essere definiti percorsi COVID e no-COVID, in modo da ridurre al minimo le possibilità di contagio.
- Nell’impossibilità di garantire una separazione fisica dei percorsi si potrà provvedere ad una distinzione organizzativa e funzionale, per esempio differenziando gli orari di accesso.

## 4. ACCESSO IN PS/DEA E MODALITA' DI VALUTAZIONE DEI PAZIENTI

- Per la valutazione dei pazienti in accesso sono impiegabili alcune metodiche, articolate in 3 livelli(vedere Figure 1a-1b-2):
  - 1° livello (vedere Tabella 1)
    - o Epidemiologia
    - o Clinica
  - 2° livello
    - o Diagnostica per immagini base – Rx Torace ed Ecografia Torace
    - o Laboratorio base (eventuale)
  - 3° livello
    - o Diagnostica per immagini avanzata – TAC Torace
    - o Test virologici RT-PCR per la ricerca del SARS-CoV-2 (RNA virale)
- Il **1° livello** si applica al pre-triage dei DEA/PS e in tutti gli ingressi dei presidi sanitari (ospedali, ambulatori, laboratori analisi, centri di diagnostica per immagini, ecc.)
  - o accedono ai percorsi no-COVID solo i pazienti negativi per entrambi i criteri (epidemiologico e clinico);
  - o nei pazienti negativi per entrambi i criteri che accedono ai PS/DEA potrà essere considerata, per l'avvio ai percorsi no-COVID, una valutazione aggiuntiva con diagnostica per immagini di base (Rx e/o ecografia del torace);
  - o i pazienti COVID noti e COVID sospetti (positivi per criterio epidemiologico e/o per il criterio clinico) accedono ai percorsi dedicati che coinvolgono il PS/DEA che le strutture ambulatoriali e di diagnostica strumentale.
- Dal pre-triage dei PS/DEA è opportuno l'accesso ad un triage doppio:
  - o per pazienti non sospetti COVID
  - o per pazienti COVID sospetti o accertati
- Il **2° livello** è attuato in PS/DEA da parte del medico di guardia che, dopo aver rivalutato i criteri epidemiologico e clinico, procede quando indicato alla diagnostica strumentale di base (Ecografia e/o Rx Torace ed eventuali esami di laboratorio)
  - o in caso di concordanza negativa dei 3 criteri (epidemiologico, clinico e di diagnostica per immagini base) i pazienti possono proseguire il percorso no-COVID; per i pazienti da ricoverare in ospedale sarà da considerare comunque l'effettuazione di un tampone naso-faringeo, in base all'epidemiologia locale e al rischio stimato di diffusione dell'infezione;
  - o in caso di concordanza positiva dei 3 criteri i pazienti proseguono nel percorso COVID; il tampone naso-faringeo sarà comunque eseguito e in caso di negatività (e di ricovero) potrà essere considerata la permanenza nel percorso COVID oppure il passaggio a percorso sospetto COVID, previa valutazione della probabilità di patologia (comunque elevata nei pazienti con concordanza dei tre criteri);
  - o in caso di discordanza tra i criteri si potrà procedere al 3° livello di valutazione, con effettuazione della TAC Torace e del tampone naso-faringeo.
- L'approccio migliore per la diagnostica per immagini di base consiste nell'integrazione tra l'ecografia del torace e la radiografia standard; nei casi a più bassa probabilità di infezione può essere adeguata la sola indagine ecografica, più accurata rispetto alla radiografia [SIMEU – Prima Linea COVID-19. Ecografia in urgenza].
- In base alle competenze, alle risorse tecnologiche disponibili e alla tipologia di pazienti da valutare, le singole strutture potranno optare per una diversa modalità di impiego della diagnostica per immagini, p.es. limitando il ricorso all'ecografia e alla radiografia del torace a favore della TAC o del test RT-PCR
- In base agli esiti della valutazione di **3° livello**(TAC torace e test RT-CPR per SARS-CoV-2) i pazienti saranno avviati nei tre percorsi.
  - o tampone positivo o TAC positiva con clinica positiva > percorso COVID
  - o TAC e tampone negativi, con clinica ed epidemiologia negative > percorso no-COVID
  - o tutti gli altri casi > percorso sospetto COVID, con ripetizione del test RT-PCR per SARS-CoV-2 a 48 ore (ed eventualmente a 96 ore o con prelievo, anche a poche ore dal primo, in sede diversa nelle vie aeree), per la definizione conclusiva dello status COVID; i tempi per la ripetizione del test, così come il numero di ripetizioni e le sedi anatomiche di prelievo sono da adeguare in base al contesto clinico.
- I pazienti COVID sospetti così definiti avranno probabilità diverse di patologia: da molto basse (come i pazienti con un solo criterio positivo) a molto alte (come i pazienti con due criteri positivi); nei singoli casi saranno da valutare per i percorsi successivi anche il grado di positività dei criteri (in particolare per la

clinica e la diagnostica per immagini) e le informazioni ottenibili da altre fonti (epidemiologia locale, indagini di laboratorio).

- Si sottolinea che un singolo test RT-PCR negativo non consente di escludere l'infezione da SARS-CoV-2, in particolare nei casi con elevata probabilità pre-test di infezione (pazienti con quadro clinico tipico, contesti epidemiologici o ambientali con altissima diffusione del virus nei soggetti testati); la sensibilità dei test è maggiore nelle fasi iniziali della malattia, quando la carica virale è maggiore, e varia in base al tipo di campione prelevato (massima per broncoaspirato/broncolavaggio e decrescente progressivamente per escreato, tampone naso-faringeo, tampone oro-faringeo); il risultato del test deve sempre essere interpretato alla luce dei dati ottenuti dalle altre fonti informative: epidemiologia, clinica, diagnostica per immagini, laboratorio base.
- Si auspica che le aziende attivino tutte le modalità utili a ridurre i tempi di attesa per l'ottenimento dei risultati dei test RT-PCR, in particolare nei PS/DEA, per esempio mediante l'impiego di tecnologie a risposta rapida.
- Si riportano nelle Figure seguenti (1a, 1b) due algoritmi esplicativi per gli accessi nelle strutture sanitarie tramite PS/DEA.
- Ogni azienda definirà i propri percorsi di accesso in base alle risorse disponibili e alle condizioni logistiche, ferma restando la matrice base:
  - o tre livelli di filtro > epidemiologia e clinica, diagnostica di base, TAC e RT-PCR
  - o tre percorsi fondamentali > COVID, no-COVID, COVID sospetto o non definito

**Tabella 1**

### **CRITERI EPIDEMIOLOGICI**

- Isolamento fiduciario domiciliare in atto
- Contatto stretto con caso confermato di COVID-19 negli ultimi 14 giorni
- Decesso di familiare convivente per cause inspiegate negli ultimi 14 giorni
- Provenienza da struttura residenziale con casi accertati o sospetti di COVID-19
- Accesso negli ultimi 14 giorni in struttura o reparto ospedaliero con casi accertati di COVID-19

*I criteri sopra descritti potranno essere integrati con elementi epidemiologici relativi alla prevalenza dell'infezione negli ambiti familiari o comunitari o nel comune di provenienza del paziente.*

*I dati di prevalenza di tutti i comuni piemontesi sono disponibili nel sito della Regione Piemonte:*

*<https://www.regione.piemonte.it/web/covid-19-mappa-piemonte>*

### **CRITERI DI DEFINIZIONE DI CONTATTO STRETTO**

- Convivenza con un caso di COVID-19
- Contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio la stretta di mano)
- Contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati)
- Contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti
- Permanenza 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
- Attività di assistenza diretta ad un caso di COVID-19 oppure attività in laboratorio con manipolazione di campioni di un caso di COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei
- Passeggero di viaggio aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione, di un caso di COVID-19 senza sintomatologia grave e che non abbia effettuato spostamenti all'interno dell'aereo
- Passeggero di viaggio aereo, o persona addetta all'assistenza o membro dell'equipaggio con permanenza nella sezione dell'aereo dove un caso di COVID-19 con sintomatologia grave era rimasto seduto
- Passeggero di viaggio aereo, o persona addetta all'assistenza o membro dell'equipaggio con permanenza nella/e sezione/i dell'aereo dove un caso di COVID-19 si era spostato

### **CRITERI CLINICI**

#### Segni e sintomi

- Febbre (> 37.4°C), tosse, dispnea (almeno uno)

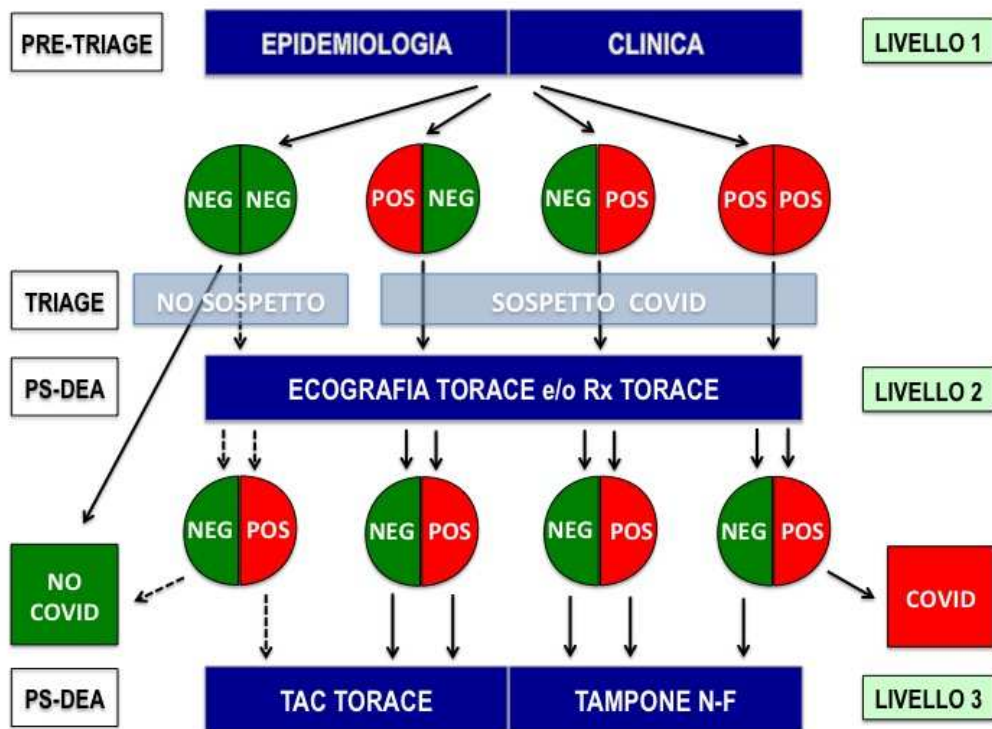
#### Oppure

- Rinite/faringodinia, congiuntivite, mialgie/astenia, nausea/vomito/diarrea, disosmia/disgeusia (almeno due, considerando che i sintomi separati da una barra valgono per uno)

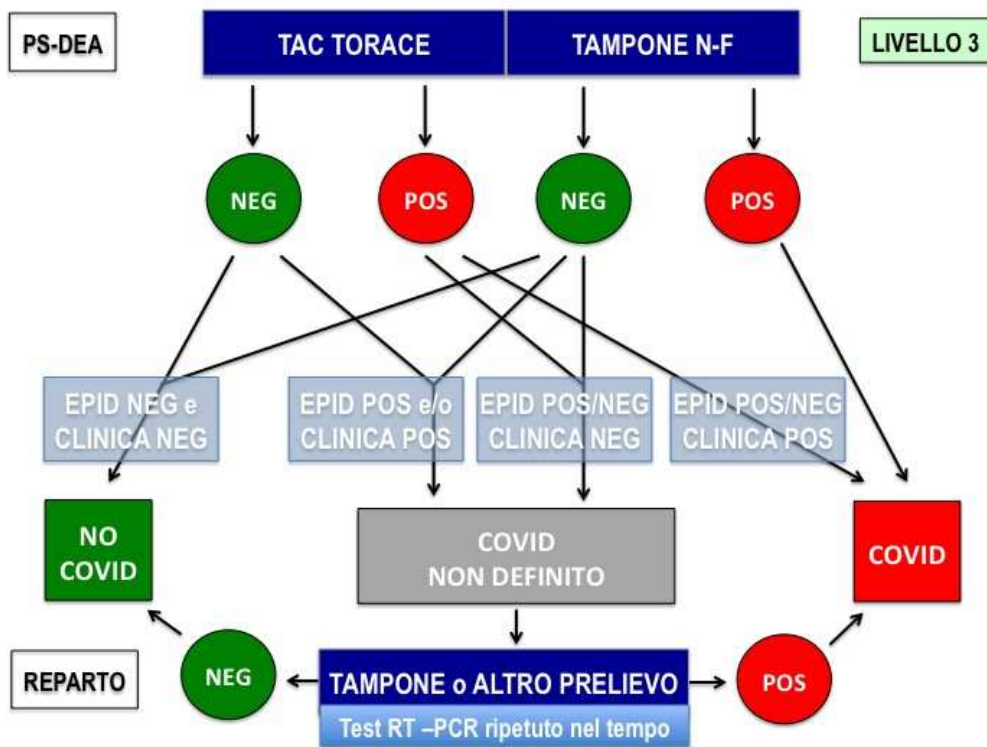
#### Disfunzione d'organo

- Insufficienza respiratoria (saO<sub>2</sub> < 95% e/o FR > 25)

**Figura 1a.** Accesso alle strutture sanitarie da PS-DEA, con livelli di filtro e articolazione dei percorsi in base ai risultati dei test impiegati per ogni livello



**Figura 1b.** Percorsi dal terzo livello di filtro, inclusa la valutazione dei casi con status Covid non definito



## 5. AREA CRITICA

Il fabbisogno di posti letto di terapia intensiva (TI) e terapia sub-intensiva (TSI) durante la Fase 1 dell'epidemia si è dimostrato di molto superiore alla disponibilità; la risposta alla domanda sanitaria in crescita esponenziale è stata possibile nella regione Piemonte solo raddoppiando i posti letto di TI e triplicando i posti letto di TSI.

Attualmente molti dei posti letto di area critica ottenuti in Fase 1, trasformando i blocchi operatori o altre unità (come le UTIC), devono essere riconvertiti per consentire la ripresa delle attività abituali.

E' peraltro indispensabile mantenere la possibilità di risposta ad eventuali riprese epidemiche, da una parte incrementando strutturalmente i posti letto di TI e TSI, e dall'altra conservando la possibilità di trasformazione di una quota più limitata di postazioni destinate ad altre attività.

Si forniscono pertanto le seguenti indicazioni orientative alle aziende sanitarie regionali, in linea con i piani di emergenza COVID già elaborati:

- limitare la riconversione all'impiego abituale dei posti letto da TI/TSI attivati durante la fase 1 a quelli ottenuti impegnando i blocchi operatori e le UTIC;
- definire le procedure per la riattivazione tempestiva a TI/TSI COVID dei posti riconvertiti;
- considerare un piano di riqualificazione dei posti letto disponibili volto ad un incremento stabile dei posti letto di area critica (TI e TSI).



## 6. ATTIVITA' CHIRURGICA

- Ogni azienda sanitaria si adopererà per ripristinare gradualmente l'attività chirurgica elettiva, provvedendo a percorsi differenziati per pazienti COVID e no-COVID.
- Ogni HUB dovrà recuperare la sua funzione di chirurgia specialistica maggiore sia per i pazienti COVID che per pazienti no-COVID.
- Ogni presidio ospedaliero dovrà disporre di posti letto di rianimazione sia per pazienti COVID che per pazienti no-COVID.
- In caso di difficoltà logistiche a garantire percorsi differenziati nell'ambito del singolo presidio ospedaliero, gli stessi percorsi potranno essere garantiti attraverso sinergie in ambito aziendale o inter-aziendale.
- Per le sale operatorie dedicate a pazienti COVID o sospetti tali e ad interventi urgenti (per pazienti con status COVID ignoto) ogni ASL/ASO/AOU provvederà a garantire le migliori condizioni in base ai criteri di generali di accreditamento, considerando inoltre la possibilità di conversione degli impianti al funzionamento a pressione negativa.

### 6a. Interventi chirurgici in emergenza

- Il paziente che deve essere sottoposto ad intervento chirurgico in emergenza, data l'impossibilità di attendere l'esito del tampone, viene gestito come COVID positivo.

### 6b. Interventi chirurgici urgenti

- Il paziente che accede al PS e necessita di un intervento chirurgico in urgenza esegue il tampone in Pronto Soccorso. L'attesa del risultato dovrà avvenire in un'area dedicata. Qualora, per motivi clinici, non sia possibile effettuare il test o attendere il risultato, dovrà essere gestito come paziente COVID, con l'utilizzo dei DPI adeguati. Eventuali ulteriori accertamenti potranno essere di volta in volta stabiliti dal personale medico.
- Nei casi di pazienti sottoposti ad altre pratiche anestesiologiche che possono comportare la produzione di aerosol, si dovranno adottare le medesime precauzioni.

### 6c. Interventi chirurgici programmati in regime di ricovero

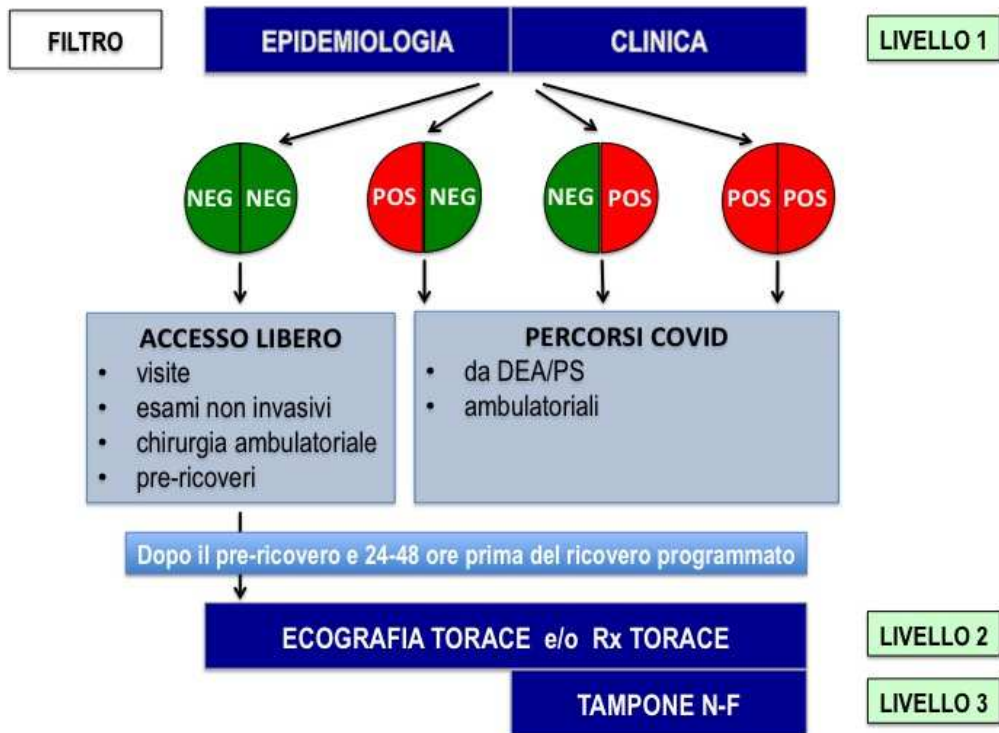
- I pazienti con intervento chirurgico programmato, dopo l'effettuazione del pre-ricovero standard, saranno nuovamente valutati 24-48 ore prima dell'intervento per verificare l'assenza di febbre e/o sintomatologia respiratoria e di eventuali contatti con soggetti SARS-CoV-2 positivi; in tale occasione saranno testati con tampone nasofaringeo per SARS-CoV-2 ed eventualmente eseguiranno una radiografia e/o un'ecografia del torace, in base a linee di indirizzo definite localmente o a giudizio dei medici curanti.
- I pazienti pediatrici e le donne in gravidanza potranno essere sottoposti a ecografia del torace, ma non eseguiranno una radiografia.
- Il paziente va invitato, per quanto possibile, a ridurre i contatti sociali o anche ad effettuare un isolamento domiciliare nelle due settimane antecedenti l'intervento allo scopo di giungervi in condizioni di maggiore sicurezza dal punto di vista infettivologico.
- Nel caso in cui il paziente risultasse positivo alla ricerca del SARS-CoV-2, sarà necessario rivalutare l'indicazione all'intervento chirurgico; qualora esso risultasse improcrastinabile, andranno messe in atto tutte le misure precauzionali necessarie, avviando il paziente al percorso chirurgico COVID.

### 6d. Interventi chirurgici programmati in regime ambulatoriale e procedure invasive

- I pazienti da sottoporre a chirurgia ambulatoriale (chirurgia ambulatoriale, chirurgia ambulatoriale complessa, day-surgery senza pernottamento) saranno valutati in base ai criteri clinico ed epidemiologico e potranno essere sottoposti all'intervento in percorso no-COVID quando entrambi i criteri di valutazione risulteranno negativi.
- In caso di positività di uno o di entrambi i criteri l'intervento chirurgico sarà rinviato e i pazienti saranno invitati a rivolgersi al medico curante.

- Le indicazioni di cui sopra valgono anche per tutti i pazienti che dovranno sottoporsi a pratiche anestesiológicas in sedazione profonda e/o a procedure invasive anche non chirurgiche.
- Si riporta nella Figura 2 un algoritmo esplicativo per gli accessi nelle strutture sanitarie non da PS/DEA, valido anche per i pazienti che accedono in previsione di interventi chirurgici elettivi o da eseguire in regime ambulatoriale.

**Figura 2.** Accesso alle strutture sanitarie non da PS-DEA, con descrizione del percorso per i ricoveri programmati



## 7. ATTIVITA' AMBULATORIALI

- Tra le attività ambulatoriali rientrano:
  - o la diagnostica di laboratorio
  - o la diagnostica per immagini
  - o le indagini strumentali
  - o le visite di consulenza
  
- I pazienti che accedono alle strutture per attività sanitarie da erogare in regime ambulatoriale saranno valutati in base ai criteri clinico ed epidemiologico e potranno accedere ai percorsi no-COVID quando entrambi i criteri di valutazione risulteranno negativi.
- Nella Figura 2 è riportato un algoritmo esplicativo per gli accessi nelle strutture non da PS/DEA, valido anche per i pazienti che accedono per attività sanitarie da erogare in regime ambulatoriale.
- Si sottolinea che alcune attività ambulatoriali comportano rischi significativi di contatto degli operatori con aerosol generati dai pazienti o con diversi materiali organici; tra le attività sono da annoverare le visite e i trattamenti odontoiatrici e ORL, le prove di funzionalità respiratoria, le endoscopie del tratto digerente e respiratorio, le ispezioni e le esplorazioni manuali del cavo orale e della regione ano-rettale.
- In tutte queste situazioni si dovrà garantire la protezione degli operatori con DPI adeguati.

## 8. ATTIVITA' TERRITORIALI

Le linee di indirizzo vigenti prevedono che le Aziende predispongano percorsi differenziati di accoglienza e di assistenza/supporto per pazienti COVID, sospetti COVID e per pazienti no-COVID.

Nell'impossibilità di garantire una separazione fisica dei percorsi si potrà provvedere ad una distinzione organizzativa e funzionale, per esempio differenziando gli orari di accesso.

I criteri di classificazione applicabili a livello territoriale sono quelli clinico ed epidemiologico.

In base a tale indicazione l'utente può essere classificato come:

- no-COVID, se entrambi i criteri clinico ed epidemiologico sono negativi;
- sospetti COVID, con positività di uno o due criteri;
- COVID, in caso di accertamento con test virologico.

Le attività territoriali da considerare sono riconducibili a:

- medicina di base;
- specialistica ambulatoriale (es. poliambulatori);
- diagnostica di laboratorio e radiologia tradizionale;
- cure domiciliari;
- cure palliative;
- attività UVG/UVH e inserimenti in struttura (RSA, CAVS, strutture per disabili, etc.)

Per la ripresa delle attività (cosiddetta "Fase 2") occorre mettere in atto tutte le misure che garantiscano ai cittadini l'accesso in sicurezza e consentano a tutto il personale sanitario di svolgere la propria attività nel rispetto delle misure preventive raccomandate.

Nello specifico, le linee di attuazione dei Piani Aziendali devono considerare alcuni ambiti comuni di seguito citati.

**Indicazioni di carattere igienico-sanitario atte alla prevenzione del contagio e alla tutela della salute dei lavoratori** (misure di prevenzione da contatto e da *droplet* già previste in norme specifiche e citate in premessa)

**Indicazioni finalizzate a garantire il distanziamento fisico (vedere anche parte generale)**

Le Aziende Sanitarie sono tenute ad evitare assembramenti nelle sale d'attesa ed in altri locali dove si svolgono le attività, garantire un congruo intervallo temporale tra un appuntamento e l'altro e consentire la pulizia e disinfezione dell'ambulatorio dopo l'effettuazione della prestazione.

In linea generale, anche nella fase di riattivazione dei servizi occorrerà privilegiare modalità assistenziali "a distanza", cioè quelle che non comportano necessariamente la presenza fisica della persona.

**Indicazioni finalizzate a garantire il monitoraggio delle condizioni di salute delle persone Covid-19 positive e dei loro contatti**

La "fase 1" dell'emergenza sanitaria, caratterizzata da distanziamento fisico generalizzato, ha reso necessario attivare un sistema di sorveglianza e monitoraggio dei casi e dei loro contatti che deve essere mantenuto e rafforzato, in particolare:

- un *contact tracing* strutturalmente organizzato, ad es. con la regia dei Dipartimenti di Prevenzione;
- il potenziamento della capacità di risposta territoriale sia nell'ambito della sorveglianza sia nell'ambito delle cure attraverso l'integrazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) con le attività dei Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, i Medici di Guardia Medica/Continuità Assistenziale e gli Specialisti Ambulatoriali;
- l'utilizzo di strumenti che permettano il controllo "a distanza" dello stato di salute, del quadro clinico e dei trattamenti da parte di tutti i professionisti sanitari potenziando le dotazioni informatiche nei servizi e, al contempo, garantendo la migliore definizione delle regole di sicurezza per l'utilizzo di piattaforme (rispetto a riservatezza e sicurezza nella trasmissione dei dati sensibili).

### 8a. Attività specialistica ambulatoriale

La sospensione dell'erogazione delle prestazioni specialistiche non urgenti dovuta all'emergenza Covid-19 ha comportato la chiusura delle agende di prenotazione per le prestazioni programmate e la mancata erogazione di quanto già prenotato.

L'uso della telemedicina dovrà essere ulteriormente implementato e diffuso anche per gestire altre aree della specialistica: ad esempio, per il monitoraggio dei pazienti dispanici o diabetici, per la riabilitazione di disabilità temporanee con l'uso di tutorial specifici, ecc.

La ripresa dell'attività nel rispetto di tutte le indicazioni di sicurezza sopradescritte prevede azioni sulle tematiche di seguito riportate.

*a. Recupero dell'attività precedentemente sospesa*

In considerazione di quanto indicato dall'Unità di Crisi Regionale nonché del contenuto dei Piani Aziendali e di Area per il progressivo ritorno all'operatività pre-COVID elaborati dalle Aziende, le prestazioni ambulatoriali ed i ricoveri ordinari che sono stati sospesi a causa dell'emergenza sanitaria COVID19 devono essere riprogrammati – con particolare riferimento alla precedente cronologia - attraverso il contatto diretto attuato da parte del personale delle Aziende **evitando il rinvio del paziente al prescrittore (MMG/PLS/Specialista).**

Fermo restando che le prestazioni di classe U e B sono state garantite durante la Fase 1, per garantire un equilibrio tra la dilazione degli appuntamenti ed il recupero del maggior numero di appuntamenti sospesi, occorre prevedere:

- la revisione con riprogrammazione delle agende di prenotazione;
- il contenimento della riduzione della capacità produttiva attraverso l'estensione degli orari di apertura degli ambulatori;
- la riorganizzazione delle attività correlate alla prestazione con espletamento telefonico di ogni attività di anamnesi e di informazione (sia precedente che successiva alla prestazione stessa)

Per quanto riguarda le **prestazioni collegate alla presa in carico** di pazienti con patologie rilevanti (patologie croniche o malattie rare), le Aziende Sanitarie possono portare a regime questa attività attraverso l'effettuazione di consulti telefonici per il monitoraggio della patologia e l'eventuale conferma/rettifica dell'appuntamento già fissato mantenendo valida la prescrizione precedente e comunque in armonia con quanto già predisposto/attuato nei rispettivi Piani Aziendali per la Cronicità (vedi PDTA o PAI).

La **libera professione intramoenia, inclusa l'intramoenia allargata**, potrà essere riattivata dalle Aziende Sanitarie per le discipline e le strutture in cui riprende l'attività istituzionale.

*b. Accesso in prenotazione per nuove prestazioni*

*c. Riorganizzazione delle agende e prenotazione*

## **8b. Servizi consultoriali**

Nella "fase 2" le Aziende dovranno riprendere le attività di regola attribuite alla funzione consultoriale, in aggiunta alle attività non procrastinabili che sono state garantite anche durante le fasi di emergenza, relative al percorso nascita, interruzione volontaria della gravidanza, screening del cancro della cervice di secondo e terzo livello, contraccezione di emergenza per i minori, mantenimento dei piani terapeutici per la contraccezione gratuita in quanto.

Si ribadisce l'indicazione di organizzare presso le sedi consultoriali quelle attività di gruppo che possono essere mantenute con modalità a distanza (corsi di accompagnamento alla nascita, corsi di massaggio ai neonati, interventi di educazione sessuale e riproduttiva con gli adolescenti, etc.).

## **8c. Attività afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze**

La rimodulazione delle attività nel corso della "Fase 1" ha determinato in generale una prevalenza dei contatti telefonici e/o delle videochiamate, anche con modalità proattive; per il resto, sono state utilizzate la visita domiciliare e il contatto individuale con tutte le precauzioni prescritte.

Per fare tesoro di alcune buone prassi sperimentate nel corso dell'emergenza, anche nella "fase 2" le Aziende dovranno continuare ad utilizzare forme di contatto proattive a distanza con l'utenza (es. telefonate periodiche). Inoltre, con una dotazione adeguata di DPI, potranno essere potenziati gli interventi a domicilio anche attraverso la metodologia del budget di salute e riattivati i colloqui in presenza e gli interventi psicologici e socio-riabilitativi in forma individuale, rispettando tutte le precauzioni indicate nella parte generale.

#### **8d. Attività afferenti all'assistenza delle persone adulte con autismo e disabilità intellettiva presso centri residenziali e semi-residenziali**

La programmazione delle attività deve tenere conto delle linee di indirizzo regionali orientate principalmente a prevenire il contagio, tenuto conto della difficoltà delle persone disabili ad usare e mantenere i DPI, la distanza interpersonale, l'effettuazione del tampone e di altri accertamenti diagnostici - peraltro in presenza frequente di altre patologie – anche attraverso:

- raccolta della storia recente al momento dell'accesso in struttura;
- valutazione delle condizioni di salute;
- igiene personale accurata e sanificazione della struttura;
- informazione e formazione del personale dedicato;
- comunicazione con familiari e *care giver*.

Il responsabile della struttura semiresidenziale o residenziale (o suo delegato identificato formalmente) è anche il referente per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e specificamente per le infezioni da COVID19; in tal senso dovrà gestire le operazioni di informazione, formazione e controllo di tutto il personale, compreso quello addetto alle pulizie.

#### **8e. Assistenza territoriale**

I modelli organizzativi di gestione dell'assistenza territoriale, da adottare nei relativi piani di emergenza COVID-19, devono in particolare implementare i sistemi di sorveglianza sanitaria in termini di uniformità, equità d'accesso, responsabilizzazione e definizione dei ruoli di tutti gli attori (pazienti, *care givers*, medici e altri operatori sanitari), oltre alle necessarie azioni di sorveglianza attiva e propedeutiche (*empowerment*, formazione, etc.).

Per quanto riguarda le strutture assistenziali e socio-sanitarie, ivi comprese le RSA, in corso di epidemia è necessario attenersi alle linee di indirizzo per la gestione clinica degli ospiti e del personale secondo Rapporto ISS COVID19 n.2/2020.

A tale proposito, sono fatte ferme le competenze assistenziali dei Medici di Medicina Generale, coadiuvati, ove necessario, dalle USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) per la gestione clinica degli ospiti, e dal Direttore Sanitario delle strutture quale responsabile della corretta applicazione delle misure igienico-sanitarie generali e specifiche. Le Commissioni di Vigilanza delle ASL riscontrano la presenza e la corretta implementazione del Piano di gestione dei casi COVID positivi delle strutture (richiesto con nota prot. n. 15863 del 27/3/2020) e vigilano sulla corretta applicazione delle indicazioni di cui alla nota prot. 16014 del 29/3/2020 (utilizzo del saturimetro).

Nell'ipotesi in cui si riscontrino un caso positivo di COVID-19 all'interno di una delle predette strutture:

- a) l'ospite rilevato positivo al COVID-19, se sintomatico verrà avviato ai protocolli terapeutici previsti per l'assistenza territoriale; se la condizione clinica è instabile sarà preso in carico dal SSR, secondo i diversi livelli di appropriatezza dell'intervento, da rimettere alla valutazione clinico-assistenziale, come definiti dalle ordinanze e disposizioni regionali attualmente vigenti;
- b) l'ospite rilevato positivo al COVID-19, se paucisintomatico o asintomatico, potrà essere mantenuto in isolamento all'interno della stessa struttura, se possibile, oppure, laddove le condizioni strutturali non lo consentano, collocato in una struttura socio-sanitaria appositamente dedicata, con livelli di assistenza infermieristica h24, supporto giornaliero di personale medico e garanzia di supporto di ossigeno, se necessario;
- c) l'intera struttura (ospiti e personale) nel caso in cui non sia presente una organizzazione in moduli, separabile per aree e percorsi COVID-19 e non-COVID-19 dedicati, è sottoposta a quarantena, con attivazione di idonea sorveglianza sanitaria in stretta collaborazione con l'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente;
- d) il personale ivi operante, a seguito di contatto stretto, come previsto dalla normativa vigente, continua a svolgere l'attività lavorativa, fermo restando la sospensione dell'attività stessa nel caso di sintomatologia respiratoria o esito positivo per COVID-19;
- e) il personale, di cui al punto precedente, qualora non insorga sintomatologia respiratoria o esito positivo per COVID-19, a conclusione della propria attività lavorativa giornaliera, potrà scegliere una delle seguenti opzioni:
  - rientro al proprio domicilio, evitando contatti con altre persone;
  - pernottamento nella stessa struttura di lavoro, qualora possibile;
  - alloggio nelle strutture alberghiere appositamente allestite dalla Protezione Civile.

Le strutture in grado di garantire attività di cure intermedie per ospiti/pazienti COVID positivi, potranno operare in collaborazione con l'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente, per garantire un livello di assistenza adeguato.

Fermo restando l'accesso dei componenti dell'USCA nel caso in cui ciò risulti necessario, l'accesso dei Medici Medicina Generale, afferenti ad ogni singola struttura residenziale, potrà essere organizzato in turni di visita che riguardino tutti gli ospiti di riferimento e per tutte le necessità clinico assistenziali, in modo che l'accesso medesimo sia limitato ad una unica figura di MMG all'interno della Struttura.

Nei Distretti ove sia già stata attivata l'USCA, i casi positivi vengono seguiti dal team, in stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale degli ospiti stessi che assicurano la continuità nella gestione clinica del paziente in coordinamento con l'USCA stesso.

L'accesso di nuovi ingressi nelle strutture è subordinato al fatto che le stesse prevedano l'allestimento di un modulo di accoglienza dedicato ai nuovi ospiti o l'adozione di misure, in ogni caso, idonee a garantire un ulteriore filtro nei confronti della diffusione del virus in una possibile fase di incubazione.

Le linee di indirizzo per l'accesso dei pazienti nelle RSA e nelle strutture sociali residenziali, sono rielaborate a partire dalle indicazioni dell'ISS [ISS - Rapporto COVID-19 n.4/2020]:

- i pazienti in accesso alle strutture dovranno effettuare un tampone naso-faringeo, indipendentemente dalla provenienza (domicilio o presidio ospedaliero); nel caso di accesso da presidi ospedalieri il tampone in uscita dall'ospedale è da effettuare orientativamente nelle 48 che precedono il trasferimento;
- i nuovi ospiti delle strutture dovranno restare in isolamento per 14 giorni dall'accesso;
- potrà essere considerato un ulteriore tampone al termine del periodo di isolamento, previa valutazione del quadro clinico e dei dati epidemiologici.

#### **8c. Attività di screening oncologico**

L'epidemia da SRSS-CoV-2 ha imposto una progressiva riorganizzazione dei Sistemi Sanitari Regionali, inclusi i programmi di screening oncologico.

L'Osservatorio Nazionale Screening ha messo a punto una serie di raccomandazioni ad interim, a cui le aziende si possono riferire per la ripresa delle attività [ONS – Raccomandazioni ad Interim del 29/04/20]

## 9. CRITERI DI DIMISSIONE, DI GUARIGIONE E DI SOSPENSIONE DELLE MISURE DI ISOLAMENTO

Dall'analisi della letteratura scientifica e dei dati regionali piemontesi (clinici e di laboratorio) relativi all'epidemia da SARS-CoV-2, sono emersi alcuni elementi rilevanti riguardo ai criteri di guarigione:

- variabilità dei risultati RT-PCR per la ricerca del SARS-CoV-2 durante la fase di remissione della malattia, in test ripetuti a breve distanza di tempo, o da parte di diversi laboratori, o su diversa piattaforma analitica;
- riscontro di ripositivizzazione RT-PCR dopo due test negativi, in rari casi con ripresa della sintomatologia clinica.

Gli elementi descritti sono da interpretare alla luce alcuni aspetti, biologici e tecnologici:

- il riscontro della positività per RNA virale nei test RT-PCR non corrisponde necessariamente alla presenza di virus infettanti all'interno dei campioni esaminati;
- la carica di RNA virale nei diversi campioni può oscillare durante la fase di remissione della malattia attorno alla soglia di sensibilità delle diverse metodiche, determinando l'alternanza di risultati positivi e negativi;
- i test RT-PCR sono attualmente effettuati da circa 20 laboratori in Piemonte, impiegando metodiche di recente introduzione (con limiti di validazione), e su diverse piattaforme sia automatiche che manuali.

Di seguito si riportano le linee di indirizzo per le dimissioni dei pazienti e per la sospensione delle misure di isolamento, ad integrazione di quanto già indicato nel Rapporto Covid-19 n. 1 dell'ISS del 07/03/20 (nella parte relativa ai criteri di guarigione).

Le linee di indirizzo sono riassunte nella Tabella 2.

### 9a. Criteri di dimissione e di guarigione generali

Sono confermati i criteri di guarigione generali (e di sospensione delle misure di isolamento) definiti dall'Istituto Superiore di Sanità:

- la **guarigione clinica** si raggiunge con la remissione della sintomatologia, quando i pazienti possono ancora risultare positivi al test per la ricerca del SARS-CoV-2;
- la **guarigione completa** si ottiene con la remissione della sintomatologia e con la negatività di due test consecutivi per la ricerca del SARS-CoV-2, effettuati ad almeno 24 ore di distanza.

Nella prima situazione (guarigione solo clinica) i pazienti possono essere dimessi dalle strutture sanitarie, ma devono essere mantenute le misure di isolamento, con successiva verifica della guarigione virologica; nella seconda situazione (guarigione completa, clinica e virologica) le misure di isolamento possono essere sospese, sia per i pazienti che per il personale sanitario.

Il personale sanitario che riprende l'attività di servizio dopo la guarigione completa non è tenuto a proseguire l'isolamento domiciliare.

La sospensione delle misure di isolamento, sia nelle strutture sanitarie che a domicilio, può essere confermata solo dopo ottenimento della guarigione completa (clinica e virologica).

Considerando la possibilità di ripositivizzazione dei test RT-PCR dopo guarigione completa, pur non essendo dimostrata con certezza la presenza di virus SARS-CoV-2 infettanti associata alla positività dei test di ricerca dell'RNA, si propongono le seguenti indicazioni precauzionali, con particolare riferimento ai soggetti in cui è più frequente la positività protratta dei test (pazienti immunodepressi, trattati con steroidi, con malattia più grave o prolungata):

- in caso di eventuale trasferimento da reparto COVID a reparto no-COVID per sopraggiunta guarigione clinica e virologica è opportuno garantire la collocazione dei pazienti guariti da Covid-19 in aree di degenza separate da quelle dei pazienti no-COVID;
- in caso di dimissione a domicilio si potrà porre indicazione a protrarre per due settimane l'uso della mascherina anche al domicilio, evitando i contatti ravvicinati con i conviventi e mantenendo un'igiene rigorosa delle mani e delle superfici.

I pazienti ricoverati in Ospedale in percorsi no-COVID, con criteri epidemiologici e clinici negativi e con test RT-PCR negativo all'ingresso, potranno essere dimessi senza ripetizione del test virologico se durante la degenza non sono emersi elementi epidemiologici e/o clinici di sospetto per infezione da SARS-CoV-2. Fanno eccezione i pazienti da trasferire presso RSA o strutture sociali residenziali che devono ripetere il test prima del trasferimento se questo è attuato ad oltre 48 ore dal test iniziale negativo.



## **9b. Criteri di guarigione in situazioni particolari**

I criteri di guarigione generali stabiliti dall'Istituto Superiore di Sanità non includono indicazioni per due situazioni particolari:

- pazienti con clinica positiva e test per ricerca del SARS-CoV-2 mai effettuato;
- pazienti con clinica positiva e test per ricerca del SARS-CoV-2 negativo.

In alcuni contesti i pazienti sopra descritti possono rappresentare la maggioranza dei soggetti esposti.

Si ribadisce l'indicazione ad effettuare il test in tutti i pazienti sintomatici, e a ripeterlo nei casi sospetti con primo test negativo; tuttavia tale indicazione può risultare di difficile applicazione in alcuni contesti o per alcuni soggetti.

Nell'impossibilità di completare il percorso di valutazione in base al criterio integrato, clinico e virologico, si può fare riferimento ai solicriteri clinici, come definiti dall'ECDC (European Center for Disease Prevention and Control) e dal CDC (Center for Disease Control and Prevention – USA) che considerano il tempo trascorso dall'esordio e dalla remissione della sintomatologia.

Estendendo i tempi previsti dal CDC e dall'ECDC si propone come criterio per la sospensione dell'isolamento o autoisolamento, nei casi particolari sopra descritti, un intervallo minimo di due settimane dalla remissione completa della sintomatologia.

Tabella 2

CLINICA EPIDEMIOLOGIA	TEST VIROLOGICO	CRITERI SOSPENSIONE DELLE MISURE DI ISOLAMENTO	
		ISS – Criteri di guarigione	Regione Piemonte
<b>MALATI ACCERTATI</b>			
<b>CLINICA POSITIVA</b> Febbre, rinorrea, faringodinia, alterazioni gusto-olfatto, tosse, dispnea, mialgie, diarrea, nausea/vomito	<b>Positivo</b>	Due test virologici negativi a distanza di almeno 24 ore effettuati non prima di 7 giorni dal test iniziale positivo <b>e</b> Regressione della febbre e dei sintomi	Due test virologici negativi a distanza di almeno 24 ore, effettuati dopo la risoluzione della sintomatologia <b>e</b> Regressione della febbre e dei sintomi §
<b>MALATI SOSPETTI</b>			
<b>CLINICA POSITIVA</b>	<b>Non effettuato</b>		Regressione della febbre e dei sintomi da almeno 14 giorni *
	<b>Negativo</b>		
<b>SOGGETTI CON TEST POSITIVO</b>			
<b>CLINICA NEGATIVA</b> Asintomatici	<b>Positivo</b>	Due test virologici negativi a distanza di almeno 24 ore, effettuati non prima di 14 giorni dal test iniziale positivo	Due test virologici negativi a distanza di almeno 24 ore, effettuati non prima di 14 giorni dal test iniziale positivo
<b>CONTATTI DI MALATI ACCERTATI</b>			
<b>CLINICA NEGATIVA</b> Asintomatici <b>EPIDEMIOLOGIA</b> Contatti stretti di casi COVID-19 entro 14 giorni dall'esordio dei sintomi - Coabitazione - Contatto fisico diretto interpersonale o con le secrezioni - Contatto faccia a faccia a meno di 2 m e per più di 15' - Permanenza in ambiente chiuso a meno di 2 m e per più di 15' - Cura/assistenza senza DPI adeguati	<b>Non effettuato</b>	Intervallo di almeno 14 giorni dal contatto	Intervallo di almeno 14 giorni dal contatto

§ Considerando la possibilità di riposizionamento dei test RT-PCR dopo guarigione completa, pur non essendo dimostrata con certezza la presenza di virus infettanti associata alla positività dei test di ricerca dell'RNA, si propongono le seguenti indicazioni precauzionali, con particolare riferimento ai soggetti in cui è più frequente la positività protratta dei test (immunodepressi, trattati con steroidi, con malattia più grave o prolungata):

- in caso di trasferimento da reparto Covid a reparto no-Covid per sopraggiunta guarigione clinica e virologica, è opportuno garantire la collocazione dei pazienti guariti da Covid-19 in ambienti separati da quelli dei pazienti no-Covid;
- in caso di dimissione a domicilio si potrà porre indicazione a protrarre per 14 giorni l'uso della mascherina, evitando i contatti ravvicinati con i conviventi e mantenendo un'igiene rigorosa delle mani e delle superfici.

\* Criterio da considerare solo nell'impossibilità di effettuare il test nei pazienti sintomatici, e a ripeterlo nei casi sospetti con primo test negativo

## BIBLIOGRAFIA

DPCM 26/04/2020. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale.

ISS – Istituto Superiore di Sanità. Rapporto Covid-19 n. 1/2020. Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto Covid-19 (con definizione del "Paziente guarito"). Aggiornamento al 07/03/20

ISS – Istituto Superiore di Sanità. Rapporto Covid-19 n. 2/2020. Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni nella attività sanitarie e socio-sanitarie nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. Aggiornamento al 28/03/20

ISS – Istituto Superiore di Sanità. Rapporto Covid-19 n. 4/2020 - Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie. Versione del 17/04/20

ISS – Istituto Superiore di Sanità. Rapporto Covid-19 n. 12/2020 - Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19. Versione del 13/04/2020

SIMEU – Società Italiana di Medicina di Emergenza Urgenza. Prima Linea Covid-19. Ecografia in urgenza. <https://www.simeu.it/w/articoli/leggiArticolo/4031/leggi> - Accesso in data 14/05/20

SIMEU – Società Italiana di Medicina di Emergenza Urgenza. Organizzazione dei Pronto Soccorso e dei percorsi paziente nella fase 2 della pandemia Covid-19. <https://www.simeu.it/w/articoli/leggiArticolo/4071/leggi>- Accesso in data 14/05/20

ECDC – European Center for Disease Prevention and Control. Guidance for discharge and ending isolation in the context of widespread community transmission of COVID-19 [Technical report] – April 8, 2020

CDC – Center for Disease Control and Prevention (USA). Discontinuation of Isolation for Person with COVID-19 Not in Healthcare Settings [Interim guidance] – March 23, 2020

CDC – Center for Disease Control and Prevention (USA). Discontinuation of Transmission-Based Precautions and Disposition of Patients with COVID-19 in Healthcare Settings [Interim guidance] – April 10, 2020

CDC – Center for Disease Control and Prevention (USA). Symptom-Based Strategy to Discontinue Isolation for Persons with COVID-19– May 3, 2020

ONS – Osservatorio Nazionale Screening. Raccomandazioni ad Interim sui programmi regionali di screening oncologico in emergenza COVID-19. <https://www.osservatorionazionalescreening.it/content/raccomandazioni-ons-la-riapertura-dei-programmi-di-screening>- Accesso in data 14/05/20