



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 APRILE 2020, N. 404

Primi provvedimenti per il riavvio dell'attività sanitaria programmata in corso di emergenza COVID-19. Modifica alla deliberazione di Giunta regionale n. 368/2020 2

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 APRILE 2020, N. 406

Approvazione dei piani di contrasto alla diffusione del COVID-19 nelle strutture residenziali e presso il domicilio 32

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 APRILE 2020, N. 404

Primi provvedimenti per il riavvio dell'attività sanitaria programmata in corso di emergenza COVID-19. Modifica alla deliberazione di Giunta regionale n. 368/2020

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- l'articolo 117, comma 1, del D.lgs. 31 marzo 1998, n. 112 e ss.mm.ii, in base al quale le regioni sono abilitate ad adottare provvedimenti d'urgenza in materia sanitaria;

- l'articolo 32 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, che disciplina poteri e funzioni in materia di igiene e sanità pubblica del Presidente della Giunta regionale e in forza del quale il Presidente medesimo è considerato autorità sanitaria regionale;

- il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421";

- la L.R. 23 dicembre 2004, n. 29 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale", e successive modifiche, che prevede che questa Regione, nell'esercizio dell'autonomia conferitale dalla riforma del Titolo V della Costituzione, definisce i principi ed i criteri generali di organizzazione e di funzionamento del Servizio sanitario regionale;

- il D.L. 23 febbraio 2020 n. 6 avente ad oggetto misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, come convertito dalla L. 5 marzo 2020, n. 13;

- il D.L. 2 marzo 2020 n. 9 avente ad oggetto misure di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19;

- il D.L. 9 marzo 2020, n. 14 recante "Misure urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19";

- il D.L. 17 marzo 2020, n. 18, avente ad oggetto misure di potenziamento del servizio sanitario regionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19;

- il D.L. 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale";

- il D.P.C.M. 23 febbraio 2020 concernente disposizioni attuative del D.L. 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19;

- il D.P.C.M. 25 febbraio 2020 concernente 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;

- il D.P.C.M. 1° marzo 2020 concernente 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;

- il D.P.C.M. 4 marzo 2020 concernente ulteriori disposizioni attuative del D.L. 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 D.P.C.M. 10 aprile 2020 concernente ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale;

- il D.P.C.M. 26 aprile 2020 concernente ridefinizione delle misure per il contenimento dell'epidemia da COVID-19 applicabili sull'intero territorio nazionale;

Richiamati:

- la delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, con la quale è stato dichiarato, per sei mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale per il rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

- le Ordinanze del Capo del Dipartimento della Protezione civile n. 630/2020 e seguenti recanti interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

- il Decreto del Capo del Dipartimento della Protezione civile n. 576 del 23 febbraio 2020 che nomina, quale Soggetto attuatore per la Regione Emilia-Romagna, il Presidente della Regione medesima;

- le Ordinanze del Ministro della Salute rispettivamente del 25/1/2020, 30/1/2020, 21/2/2020, 22/3/2020 e le circolari prot. 2619 del 29/2/2020, n. 2627 del 1/3/2020, n. 7422 del 16/3/2020 e n. 7865 del 25/3/2020;

- le Ordinanze firmate dal Ministro della salute e dal Presidente della Regione Emilia-Romagna del 23/2/2020 e del 3/4/2020 aventi ad oggetto misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19;

- i Decreti del Presidente della Regione Emilia-Romagna:

n. 16 del 24 febbraio 2020 "Chiarimenti applicativi in merito all'ordinanza contingibile e urgente n. 1 del Ministero della Salute d'intesa con il Presidente della Regione Emilia-Romagna recante 'Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19'"

n. 25 del 28 febbraio 2020 "Costituzione Unità di crisi regionale COVID-19";

n. 26 del 29 febbraio 2020 "Ridefinizione composizione unità di crisi regionale COVID-19 istituita con decreto del Presidente n. 25/2020";

n. 27 del 4 marzo 2020 "Misure organizzative interne per assicurare il tempestivo approvvigionamento di beni/servizi in ambito di protezione civile";

n. 28 del 5 marzo 2020 "Ulteriori misure organizzative per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19 – nomina del Commissario ad acta";

n. 29 dell'8 marzo 2020 "Ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19";

n. 31 del 9 marzo 2020 "Nuova ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19";

n. 32 del 10 marzo 2020 "Ulteriore ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19";

n. 34 del 12 marzo 2020 “Ordinanza ai sensi dell'articolo 1 punto 5 del DPCM 11 marzo 2020 in tema di programmazione del servizio erogato dalle aziende del trasporto pubblico locale in riferimento alla gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19”;

n. 35 del 14 marzo 2020 “Ulteriore ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19”;

n. 36 del 15 marzo 2020 “Ulteriore Ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19. Disposizioni relative al Comune di Medicina”;

n. 39 del 16 marzo 2020 “Ulteriore Ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19. Modifiche alle proprie precedenti Ordinanze approvate con Decreto n. 34 del 12 marzo 2020 e n. 36 del 15 marzo 2020”;

n. 41 del 18 marzo 2020 “Ulteriore ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19. Contrasto alle forme di assembramento di persone”;

n. 42 del 20 marzo 2020 “Misure organizzative Servizio sanitario regionale per fronteggiare l'emergenza COVID-19”;

n. 43 del 20 marzo 2020 “Ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dell'art. 191 del D.lgs. 152/2006. Disposizioni urgenti in materia di gestione dei rifiuti a seguito dall'emergenza epidemiologica da COVID-19”;

n. 44 del 20 marzo 2020 “Ulteriore ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19. Disposizione relative al territorio della provincia di Rimini”;

n. 45 del 20 marzo 2020 “Ulteriore ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19.”;

n. 46 del 22 marzo 2020 “Ulteriore ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19. Integrazione all'ordinanza n. 44 del 20 marzo 2020 relativa al territorio della provincia di Rimini”;

n. 47 del 23 marzo 2020 “Ulteriore ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19.”;

n. 48 del 24 marzo 2020 “Ulteriore ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19. Disposizioni riguardanti i territori delle province di Piacenza e Rimini. Revoca delle precedenti ordinanze 44 e 47”;

n. 49 del 25 marzo 2020 “Ulteriore Ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19. disposizioni riguardanti il trasporto

pubblico e proroga dell'ordinanza n. 35 del 14 marzo 2020;

n. 53 del 2 aprile 2020 “Emergenza coronavirus: proroga dell'incarico del Commissario ad acta”;

n. 57 del 3 aprile 2020 “Ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19. Disposizioni in materia di trasporto, rifiuti e sanità privata”;

n. 58 del 4 aprile 2020 “Ulteriore ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19”;

n. 61 del 11 aprile 2020 “Ulteriore ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19”;

n. 69 del 24 aprile 2020 “Ulteriore ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19. Provvedimenti in merito ai territori della Provincia di Rimini e del Comune di Medicina;

Considerato che:

- con le circolari del Ministero della Salute del 29 febbraio e del 1 marzo 2020 sono state impartite indicazioni generali in merito alla rimodulazione dell'attività programmata in corso di emergenza Covid-19, e con la n. 7422 del 16 marzo 2020 sono state trasmesse le “Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19”, condivise ed approvate dal Comitato Tecnico-Scientifico della Protezione Civile, ferma restando l'indicazione di procedere alla riprogrammazione non appena possibile delle prestazioni valutate procrastinabili;

- con note PG/2020/176519 del 28 febbraio 2020, PG/2020/179766 del 29 febbraio 2020, PG/2020/191369 del 4 marzo 2020 e PG/2020/0210546 del 10 marzo 2020, la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare ha dato indicazione alle Aziende Sanitarie, per consentire la migliore gestione dell'emergenza in corso, di rimandare tutte le attività programmate chirurgiche, fatte salve le attività per loro natura non procrastinabili (urgenze da PS e programmato non procrastinabile), rispettando la programmazione per i soli pazienti già ricoverati, al fine di addivenire alla necessaria drastica riduzione delle attività programmate sia per quanto riguarda le attività istituzionali che quelle libero professionali; la riduzione di attività di cui si tratta è stata disposta parimenti per le attività ambulatoriali, garantendo le sole urgenze ed urgenze differibili e le attività di controllo per i pazienti affetti da patologie rilevanti;

- allo stato attuale, pur permanendo la fase emergenziale, le necessità di impegno del sistema sanitario a farvi fronte appaiono compatibili con l'impostazione di una fase programmatoria volta al riavvio graduale delle attività sospese, improntata a criteri di garanzia della sicurezza dei pazienti e degli operatori rispetto al rischio di contagio e di tutela della salute dei pazienti che necessitano di trattamenti non ulteriormente rimandabili, con l'obiettivo generale di supportare la tenuta del sistema sanitario emiliano-romagnolo;

Ritenuto pertanto di dare disposizioni alle Aziende Sanitarie al fine di ottemperare alle indicazioni contenute nei documenti allegati alla presente delibera quale sua parte integrante e sostanziale;

Sottolineato che le indicazioni relative alle misure da adottare per prevenire il contagio, di cui agli allegati alla presente deliberazione, siano valide per tutte le strutture che erogano prestazioni sanitarie, siano esse pubbliche, in regime istituzionale e libero professionale intramoenia, private accreditate, private non accreditate, studi medici e studi professionali;

Dato atto che relativamente alle indicazioni circa le attività da riattivare in questa fase, esse siano analogamente valide per tutte le strutture succitate per le attività di ricovero, mentre per le attività ambulatoriali siano valide per tutti nei principi, tenuto conto delle specificità di alcune attività pubbliche o private convenzionate (presa in carico delle patologie croniche, screening);

Valutato che le indicazioni relative alla graduale riapertura delle attività di ricovero programmato valgano per tutti i cittadini, tenuto conto della necessità e possibilità di procedere preliminarmente al ricovero a tutti gli accertamenti necessari, mentre per le prestazioni ambulatoriali queste potranno rivolgersi ai soli cittadini emiliano-romagnoli fino a quando dal livello nazionale non saranno rimosse le limitazioni alla circolazione dei cittadini e solo nel caso in cui tale rimozione riguardi anche gli spostamenti fra regioni diverse;

Viste le circolari del Ministero della Salute prot. 7939 del 10 marzo 2020 e prot. 13248 del 16 aprile 2020 recante indicazioni inerenti l'attività di donazione e trapianto di organi e tessuti in corso di emergenza COVID-19;

Richiamati:

- la L.R. n. 19/1994 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e successive modifiche;

- la L.R. n. 43/2001 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modifiche;

- il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni" e ss.mm.ii.;

- la propria deliberazione n. 83 del 21 gennaio 2020 "Approvazione piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2020-2022";

Richiamate infine:

- la propria deliberazione n. 2416 del 29 dicembre 2008 avente per oggetto: "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e successive modificazioni;

- la propria deliberazione n. 468 del 10 aprile 2017 avente ad oggetto: "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna e le Circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017 relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni, predisposte in attuazione della propria deliberazione n. 468/2017;

Dato atto che il Responsabile del procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute
delibera

per le motivazioni riportate in premessa:

1. di disporre che ciascuna Azienda Sanitaria applichi le indicazioni di cui ai documenti allegati A e B alla presente delibera quali sue parti integranti e sostanziali, auspicando che ciò si traduca in un piano complessivo di riavvio delle attività sanitarie, che l'Azienda provvederà via via ad aggiornare al modificarsi delle condizioni di contesto;

2. di prevedere che le indicazioni relative alle misure da adottare per prevenire il contagio, di cui agli allegati alla presente deliberazione quali parti integranti, siano valide per tutte le strutture che erogano prestazioni sanitarie, siano esse pubbliche, in regime istituzionale e libero professionale intramoenia, private accreditate, private non accreditate, studi medici e studi professionali;

3. di stabilire che ogni struttura provveda a definire, in relazione ai criteri che seguono, sulla base della valutazione dello specifico quadro clinico dei singoli casi esaminati, i ricoveri programmati non ulteriormente procrastinabili in relazione a:

a. classe di priorità (classe A, classe B a partire dai pazienti già in lista e per i quali sono già trascorsi i 60 giorni di attesa);

b. patologia (es. oncologici);

c. condizione clinica (pazienti in evoluzione negativa/aggravamento);

4. di stabilire inoltre che ciascuna azienda definisca, relativamente alle attività di ricovero ed in relazione ai criteri di sicurezza ed i percorsi definiti dal relativo documento allegato al presente provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale, la propria "capacità produttiva" (incluso un piano di espansione in relazione ai possibili scenari di evoluzione dell'epidemia), valutando le risorse disponibili in considerazione dei fattori di carattere organizzativo, clinico e assistenziale, e tenuto conto del pieno svolgimento delle attività inerenti la donazione di organi e tessuti; in relazione all'incertezza delle previsioni in merito agli effetti del graduale venir meno delle limitazioni alla circolazione dei cittadini si raccomanda alle aziende di mantenere, anche in occasione del riavvio parziale delle attività chirurgiche programmate e prioritariamente rispetto alle medesime, almeno il 30% di posti letto di terapia intensiva liberi e immediatamente disponibili;

5. di prevedere che, relativamente alle attività ambulatoriali, le Aziende sanitarie si attengano, per le attività da riattivare, alle indicazioni di cui all'allegato "Linee Guida per la riattivazione dei servizi sanitari territoriali", capitolo "L'attività specialistica ambulatoriale" e che i principi ivi espressi si applichino anche alle attività delle strutture private, accreditate e non accreditate, agli studi medici e agli studi professionali;

6. di prevedere altresì che le Aziende Sanitarie si attengano all'allegato relativo alle attività territoriali anche per le fattispecie diverse dalla specialistica ambulatoriale;

7. di stabilire che le attività libero professionali intramoenia possano riprendere avendo cura che esse si rivolgano alle stesse tipologie di pazienti sopra richiamate ai punti 3 e 4, che l'attività istituzionale risulti sempre privilegiata anche rispetto all'utilizzo della capacità produttiva aziendale, che permangano le proporzioni corrette, anche tenuto conto dell'emergenza ancora in corso, fra attività istituzionale ed attività libero professionale;

8. di prevedere che le indicazioni relative al riavvio delle attività di ricovero programmato valgano per tutti i cittadini, tenuto conto della necessità e possibilità di procedere preliminarmente al ricovero a tutti gli accertamenti necessari, mentre per le prestazioni ambulatoriali queste possano rivolgersi ai soli cittadini emiliano-romagnoli fino a quando, dal livello nazionale, non saranno rimosse le limitazioni alla circolazione dei cittadini e solo nel caso in cui tale rimozione riguardi anche gli spostamenti fra regioni diverse;

9. di modificare la propria deliberazione n. 368 del 20 aprile 2020 recante prime disposizioni inerenti la realizzazione del Programma Covid-19 Intensive Care individuando come segue

i referenti di area per la realizzazione del progetto:

Massimo Girardis (Aven)

Giovanni Gordini (Avec)

Vanni Agnoletti (Romagna)

10. di dare atto, che per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa;

11. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna Telematico.

ALLEGATO A

Indicazioni per l'organizzazione dell'attività chirurgica

Introduzione

Con nota PG 210546 del 10 marzo u.s. della Direzione Generale Cura della Persona Salute e Welfare, sono state fornite indicazioni sulla interruzione dell'attività programmata procrastinabile. Tale previsione è stata confermata dalle "Linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19" aggiornate al 23 marzo 2020, valide in ambito nazionale. Tali indicazioni hanno consentito da una parte di ridurre gli accessi in ambito ospedaliero, che di per sé può rappresentare nelle fasi di picco epidemico un contesto a rischio di trasmissione dell'infezione, dall'altro ed in via prioritaria di rendere disponibili spazi e risorse per l'assistenza a pazienti COVID positivi, sia in reparti ordinari che di terapia intensiva.

L'evoluzione del quadro epidemiologico consente oggi di pianificare il graduale recupero delle attività posticipate con particolare riferimento all'attività chirurgica.

Scopo del presente documento è pertanto, quello di definire i principi di programmazione dell'attività chirurgica in questa fase dell'epidemia e di fornire indicazioni volte a ridurre i rischi legati all'infezione da SARS-COV-2 nel percorso dei pazienti sottoposti ad interventi chirurgici.

Le indicazioni si applicano a tutte le attività chirurgiche non ulteriormente procrastinabili e a tutti i produttori sia pubblici che privati.

Si precisa inoltre che per quanto **riguarda le attività di ambito medico**, i ricoveri in degenza ordinaria devono essere limitati alle condizioni di emergenza (ricovero da PS) o di urgenza (su indicazione specialistica).

Anche per questi pazienti si applicano le procedure di seguito indicate per i ricoveri chirurgici in emergenza e urgenza.

Programmazione dell'attività chirurgica

La capacità produttiva di ciascun centro, ad oggi e nel prossimo futuro, è influenzata da diversi fattori tra cui la sua destinazione a fini COVID, il livello epidemico attuale e le eventuali recrudescenze nello specifico territorio, gli spazi operatori e post-operatori residui (in termini fisici e di personale).

Tali elementi non devono influenzare l'equità di accesso alle prestazioni da parte dei cittadini che hanno necessità di interventi chirurgici.

Devono pertanto essere definiti criteri omogenei a livello regionale per la programmazione dell'attività chirurgica.

1. Tutte le aree territoriali devono prevedere, anche mediante accordi interaziendali ed interprovinciali la possibilità di garantire in sicurezza tutti gli interventi in emergenza ed in urgenza.
2. Tutte le aziende devono garantire a livello del proprio bacino di riferimento (provinciale o regionale per gli hub) risposta ai bisogni di salute dei cittadini in Lista di Attesa per interventi

chirurgici non procrastinabili dedicando prioritariamente a questi interventi risorse umane, tecnologiche ed organizzative.

3. In pazienti sospetti o confermati COVID-19, la chirurgia deve essere rimandata fino a negativizzazione. Rimane nella facoltà e responsabilità del team di cura l'indicazione a precedere al fine di evitare il peggioramento della prognosi.
4. Nella programmazione devono essere considerati gli aspetti relativi alla mobilità dei pazienti e di eventuali accompagnatori in particolare tra regioni a diverso tasso epidemico.

Al tal fine è necessario che ogni Azienda provveda a definire:

- la propria "domanda di lista di attesa"
- la capacità produttiva disponibile in termini di spazi e risorse

Per quanto riguarda la domanda, nell'ambito delle liste di attesa, per singola disciplina, devono essere identificati gli interventi "**non procrastinabili**" in relazione a:

- classe di priorità (classe A, classe B a partire dai pazienti già in lista e per i quali sono già trascorsi i 60 giorni di attesa)
- patologia (es. oncologici)
- condizione clinica (pazienti in evoluzione negativa/aggravamento)

I casi dovranno comunque essere valutati in relazione allo specifico quadro clinico.

Ciascuna azienda deve preventivamente definire in relazione ai criteri di sicurezza definiti dal presente documento, la propria "capacità produttiva" (incluso un piano di espansione in relazione ai possibili scenari di evoluzione dell'epidemia) per rispondere alla domanda.

È essenziale nella pianificazione valutare la possibilità di rispettare durante tutto il percorso in ospedale (ricovero, sala operatoria, ricovero post-operatorio, dimissione) il principio di separazione dei pazienti con infezione confermata o sospetta COVID-19 dagli altri pazienti.

Le risorse disponibili devono essere valutate considerando i fattori di carattere organizzativo, clinico e assistenziale:

- spazi di sala operatoria
- spazi di ricovero (inclusi reparti "filtro")
- spazi di terapia intensiva post-operatoria
- risorse umane
- materiale (inclusi DPI per tutte le fasi del percorso)
- apparecchiature e strumentario
- servizi diagnostici in particolare in relazione alle fasi di pre-ricovero

Le sale operatorie rappresentano uno degli elementi da garantire per una corretta programmazione delle attività:

- in applicazione del principio di differenziazione dei percorsi è necessario identificare il numero di Sale Operatorie da destinare a pazienti COVID positivi (per emergenze, urgenze non differibili) situate possibilmente distanti da Sale Operatorie da destinare a pazienti

COVID negativi

- definire il numero di operatori sanitari disponibili per l'attivazione di sale operatorie prevedendo opportuni back up
- stimare i tempi di occupazione di sala operatoria per le differenti patologie

Nella programmazione possono essere incluse anche le disponibilità di spazi nel privato – accordo tipo A - con diretta gestione della parte pubblica.

Una volta definito l'elenco dei pazienti eleggibili nonché la capacità produttiva è possibile procedere ad una programmazione degli interventi (indicativamente bisettimanale per garantire il corretto tempo di selezione e preparazione dei pazienti).

Pianificazione della nota operatoria

In termini di programmazione degli interventi chirurgici la pianificazione della nota operatoria settimanale deve essere eseguita con l'anticipo necessario a garantire l'attivazione del processo di screening telefonico del paziente.

Successivamente si potrà procedere alla definizione della nota operatoria giornaliera in relazione agli esiti dello screening telefonico e della valutazione in pre-ricovero.

La pianificazione degli interventi attraverso le note operatorie giornaliere dovrà essere costruita per garantire il rispetto dei necessari tempi di sanificazione utilizzando la base dati storica per prevedere la produzione attesa in termini di occupazione di sala operatoria.

Percorso di accesso

Al fine di identificare i pazienti potenzialmente infetti e ridurre il rischio di trasmissione, è importante definire un percorso di triage che inizi prima dell'accesso in ospedale, mediante contatto telefonico con il paziente per gli interventi chirurgici programmati o al momento dell'accesso in ospedale (generalmente PS) per le urgenze. Il triage è mirato alla identificazione di soggetti con infezione COVID-19 sospetta/confermata, soggetti con sintomi compatibili anche lievi (possibile infezione COVID-19) e contatti di caso, al fine di definire il percorso più appropriato e sicuro.

Per i pazienti sottoposti ad interventi in emergenza e talvolta anche per quelli in urgenza, non è possibile determinare la presenza di sintomi COVID-19 o di contatti a rischio. Per questo motivo, tali pazienti vengono gestiti come COVID-19 durante l'intervento e nelle fasi che lo precedono e in quelle immediatamente successive. In questo modo, è possibile ridurre l'eventuale rischio di trasmissione agli altri pazienti e al personale. È comunque opportuno effettuare un tampone rinofaringeo prima dell'intervento, o nel post-operatorio qualora non sia stato possibile effettuarlo prima, il cui esito può fornire utili informazioni per la gestione del paziente nelle fasi successive del ricovero e per un suo specifico trattamento medico.

Si possono quindi prefigurare tre situazioni/percorsi:

1. Interventi programmati
2. Interventi in urgenza
3. Interventi in emergenza

Interventi PROGRAMMATI NON PROCRASTINABILI

Indicativamente 7 giorni prima dell'intervento chirurgico, deve essere effettuata un'attenta valutazione anamnestica telefonica della storia del paziente nei 30 giorni precedenti, per identificare l'eventuale presenza di una o più delle seguenti condizioni: infezione confermata da COVID-19 in corso, sintomatologia riferibile a COVID-19 (febbre, sintomatologia respiratoria, ecc.); esposizione a casi di COVID-19. In particolare, devono essere indagati i seguenti aspetti:

- presenza di una infezione COVID-19 accertata in corso o di sintomi riferibili a COVID-19 (vedi allegato definizioni)
- rispondenza a uno o più criteri di contatto stretto di caso (vedi allegato definizioni)
- presenza di familiari o conviventi sintomatici
- esecuzione recente di tampone con dettagli su motivazione ed esito (positivo, negativo, in attesa di referto...)

In tale occasione deve essere confermata la volontà del paziente di essere sottoposto ad intervento.

Anche in assenza di specifici rischi di esposizione a SARS-CoV-2, si deve raccomandare al paziente di **osservare un isolamento preventivo di almeno 7 giorni prima** della data fissata per l'intervento e di dare tempestiva comunicazione in caso di comparsa di sintomi.

Qualora sulla base della valutazione telefonica il paziente risultasse COVID confermato o sospetto (sintomatico, contatto stretto di un caso confermato) viene posticipato l'intervento fino a test negativo o alla conclusione della quarantena, considerando in ogni caso il rapporto rischio beneficio per il caso specifico. Qualora l'intervento non fosse in nessun caso rimandabile si procederà secondo il percorso pazienti in urgenza COVID+.

Preferibile organizzare l'attività del pre-ricovero con invito del paziente ad accedere all'ospedale 24 ore prima dell'intervento per l'esecuzione del definito profilo pre-ricovero. Tale modalità organizzativa consente un solo accesso riducendo la mobilità di pazienti e accompagnatori e massimizza la validità del risultato del tampone rispetto allo stato di salute al momento dell'intervento. E' essenziale la permanenza del paziente in un'area se possibile con locali singoli o che garantisca il rispetto del distanziamento con spazi adeguatamente separati.

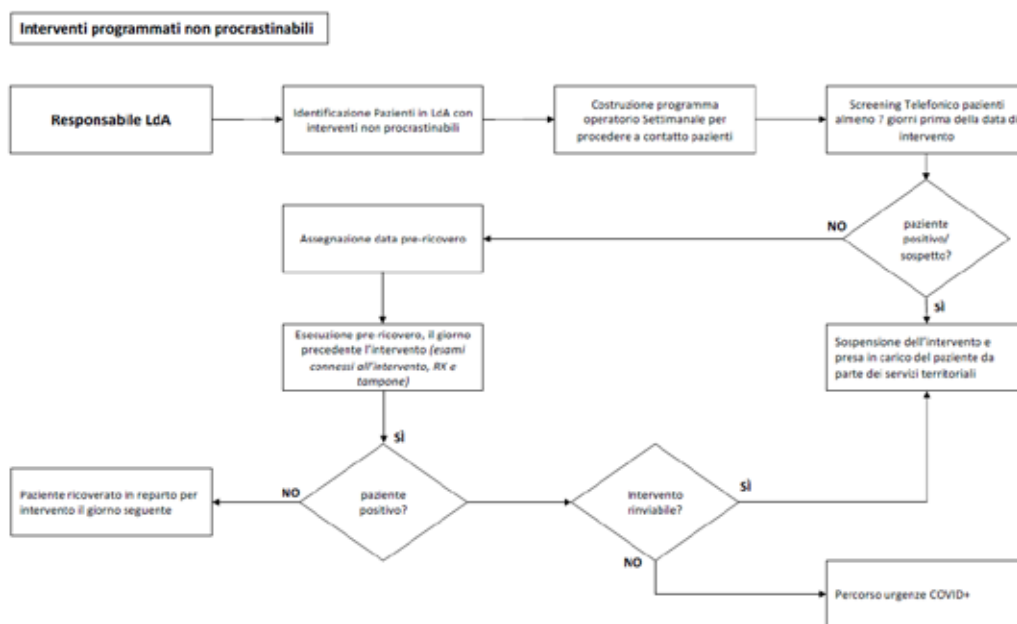
Qualora la struttura non fosse nelle condizioni di effettuare il tampone nelle 24 h precedenti il ricovero, il pre-ricovero può essere anticipato non più di 48-72 h prima dell'intervento. Se il pre-ricovero è stato eseguito 72 h prima dell'intervento è necessario ripetere il tampone nasofaringeo al momento del ricovero.

In tale occasione

- viene ripetuta l'indagine anamnestica, con l'indicazione di verificare che non siano insorti sintomi compatibili con l'infezione COVID-19 nel periodo successivo al triage telefonico
- è effettuato Rx del torace (a tutti i pazienti) o TC (se prevista TC torace o addome)
- è effettuato il tampone anche in pazienti asintomatici ed inviato per esecuzione di test rapido o comunque con priorità massima (risposta in giornata)
- vengono erogate tutte le prestazioni previste per il pre-ricovero.

Se il paziente risulta eleggibile per l'intervento e negativo per COVID (anamnesi, RX e tampone tutti negativi) si procede al ricovero immediatamente ed il paziente è confermato in lista "pulita" per il giorno successivo.

Se il tampone risulta positivo a SARS-Cov-2 o vi sono elementi per sospettare una infezione in corso o in incubazione e l'intervento può essere rimandato, il paziente è rinvio al domicilio e viene attivata la presa in carico da parte dei servizi territoriali o, se il quadro clinico lo richiede, viene ricoverato in reparto COVID. Se il team di cura ritiene comunque l'intervento non rimandabile, il paziente è confermato in lista "urgenze COVID +" per il giorno successivo o riprogrammato se sono necessari ulteriori approfondimenti. In questi casi, il paziente rimane in stanza singola oppure viene ricoverato in un reparto COVID.



Interventi URGENTI

Il **Paziente sintomatico** deve essere gestito come Paziente COVID.

Il **Paziente asintomatico** deve essere valutato dal punto di vista anamnestico; i contatti stretti (accertati o probabili) di pazienti COVID vanno gestiti come pazienti COVID.

Al momento dell'accesso, o non appena possibile, compatibilmente con le priorità clinico-assistenziali e le condizioni del paziente, deve essere eseguito in ogni caso il tampone naso-faringeo, per decidere la destinazione del paziente nel percorso post-operatorio.

Interventi in EMERGENZA

In tutti gli interventi per i quali non sia possibile effettuare una valutazione del rischio infettivo, il Paziente deve essere gestito come Paziente COVID.

Al momento dell'accesso, o non appena possibile, compatibilmente con le priorità clinico-assistenziali e le condizioni del paziente, deve essere eseguito in ogni caso il tampone naso-faringeo, per decidere la destinazione del paziente nel percorso post-operatorio.

Nell'**allegato 2** è riportato un esempio di scheda di rilevazione di un set minimo di dati utili a valutare la frequenza di interventi che dovranno essere rinviati a causa dell'Infezione da COVID-19 e la frequenza di pazienti asintomatici che vengono identificati nella fase pre-intervento.

Requisiti per i servizi di pre-ricovero

Le modalità organizzative del pre-ricovero devono subire una rilevante revisione al fine di garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori coinvolti.

- devono essere scaglionati gli accessi al fine di evitare la sosta in luoghi di attesa
- non è di norma prevista la possibilità di permanenza di accompagnatori
- fin dal momento dell'accesso il paziente è invitato ad indossare la mascherina
- devono essere evitate attese per le diverse prestazioni (tampone, visita anestesiologicala, rx, ecc.) o in alternativa garantire che i pazienti possano attendere in spazi isolati o che consentano il distanziamento
- in attesa dell'esito del tampone (visto che tale attesa può protrarsi per alcune ore) il paziente deve restare o essere ricoverato in stanza singola
- l'accesso del personale nella stanza deve essere limitato alle effettive necessità del paziente
- se l'esito del tampone non dovesse essere disponibile in giornata il paziente deve essere ricoverato in stanza singola come sospetto-COVID

Comunicazione ai pazienti

I pazienti in attesa di risposte alla loro condizione di salute avranno domande relative ai possibili tempi di attesa, al rischio di contagio e al decorso della loro prognosi è pertanto utile al fine di fornire appropriati ed omogenei messaggi comunicativi, utilizzare un punto unico aziendale di contatto con i pazienti.

Si raccomanda di prevedere modalità informative adeguate, in merito a priorità degli interventi, protocolli di pre-ricovero, possibilità di accompagnatori, metodologia screening e test COVID-19, gestione del percorso post-operatorio in caso di necessità di riabilitazione e lungo degenza, tipologia di restrizioni da utilizzare all'interno della struttura.

Degenza dei Pazienti Chirurgici

Durante il decorso post-operatorio del paziente chirurgico **NON COVID**, a scopo precauzionale, si raccomanda che:

- tra i pazienti venga mantenuta la distanza di almeno 1 metro e, in caso di avvicinamenti con altri degenti, operatori o visitatori, indossino la mascherina chirurgica;
- l'eventuale visitatore indossi la mascherina chirurgica;

- gli operatori indossino la mascherina chirurgica o i DPI indicati per l'attività svolta;
- deve comunque essere mantenuto un elevato livello di attenzione sulla comparsa eventuale di sintomi riferibili a Covid-19 nella fase post-operatoria dato che l'infezione al momento del ricovero poteva essere in incubazione o il test aver dato un risultato falsamente negativo.

I pazienti per i quali non è disponibile l'esito del tampone devono essere collocati nell'area "filtro". Durante la degenza in attesa dell'accertamento, il paziente deve essere assistito applicando sempre le precauzioni per contatto e droplet.

Il paziente chirurgico **COVID positivo** deve essere collocato nel post-operatorio presso l'area COVID dedicata più adeguata al caso clinico.

Requisiti per le sale operatorie (SO) in presenza di paziente COVID-19

Dove possibile, si deve utilizzare una sala operatoria dedicata per i Pazienti con COVID-19.

Durante l'intervento, le porte delle sale (sala preparazione Paziente e sala operatoria) devono essere ben chiuse.

Allestire la SO con i materiali strettamente necessari per la tipologia di intervento da eseguire.

Evitare l'ingresso nella SO di tutti i carrelli ad uso comune che non hanno stretta attinenza con l'attività chirurgica.

Laddove sia necessario utilizzare apparati o tecniche che prevedono la generazione di aerosol e/o fumi, rendere disponibile un aspirafumo.

Laddove possibile, utilizzare strumentazione monouso.

Laddove possibile, prediligere teleria monouso.

Il materiale necessario per l'assistenza al Paziente deve essere dedicato.

Tutto il materiale monouso deve essere eliminato nei contenitori per rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

Il materiale recuperabile, non monouso, a seconda del livello di criticità di appartenenza, deve essere sottoposto a decontaminazione, lavaggio, asciugatura, disinfezione e sterilizzazione.

Tutto il materiale usato deve essere manipolato e smaltito in modo da evitare qualsiasi forma di contaminazione a carico dell'ambiente, degli operatori e degli altri Pazienti.

Le attrezzature elettromedicali che non possono essere destinate ad uso esclusivo (respiratore, apparecchiature per Rx, ecc.), al termine dell'uso, previa valutazione delle schede tecniche, devono essere sottoposte a decontaminazione e sterilizzazione (dove applicabile).

Durante il ricondizionamento dei dispositivi deve essere utilizzato materiale monouso (guanti, carta, pannetti, ecc.).

Laddove possibile, identificare percorsi puliti e contaminati per il passaggio dei Pazienti dalle aree di degenza al blocco operatorio.

Non far sostare il paziente nelle aree di preparazione o nella recovery room, il paziente deve essere portato in una sala operatoria designata e adeguatamente segnalata per ridurre al minimo l'esposizione del personale. I Pazienti devono indossare mascherine chirurgiche monouso fino al momento dell'intubazione. Se l'anestesia generale non è necessaria, il paziente, compatibilmente con le condizioni cliniche, deve continuare a indossare la mascherina chirurgica per tutto il tempo.

Dispositivi di Protezione Individuale e comportamenti in Sala Operatoria

Nel corso di interventi su pazienti accertati/sospetti COVID-19 oppure in emergenza, qualora si eseguano interventi sulle vie aeree che possono provocare la generazione di aerosol, il personale di sala deve indossare i DPI raccomandati per l'esecuzione di procedure che generano aerosol¹. La vestizione e la svestizione degli operatori sanitari deve essere eseguita rispettando rigorosamente le manovre per ridurre il rischio per gli operatori e di contaminazione ambientale. Se possibile, deve essere supervisionata da un osservatore addestrato. L'assistenza attiva durante la svestizione costituisce un'opportunità per ridurre al minimo il rischio di contaminazione accidentale.² (**Allegato 1**)

Si raccomanda di ridurre al minimo il numero di componenti dell'equipe; tutto il personale non strettamente necessario è escluso dall'ingresso in sala operatoria.

Esempi di procedure a rischio di produzione di aerosol

Intubazione, estubazione e procedure correlate, ad esempio ventilazione manuale e aspirazione aperta del tratto respiratorio (incluso il tratto respiratorio superiore)*;

Procedure di tracheotomia/tracheostomia (inserimento/aspirazione aperta/rimozione);

Broncoscopia e procedure sulle vie aeree superiori che includano l'aspirazione;

Endoscopia delle vie digestive superiori ove sia prevista l'aspirazione del tratto respiratorio alto;

Chirurgia con elettrocauterizzazione o utilizzo di dispositivi ad ultrasuoni, radiofrequenza o idrodissezione su vasi o tessuti e procedure post-mortem che includano dispositivi con alta velocità;

Alcune procedure odontoiatriche (ad esempio perforazione ad elevata velocità);

Induzione dell'espettorato;

Lavaggio nasofaringeo, aspirazione e scopia;

Ventilazione non-invasiva (NIV), ad esempio ventilazione a pressione positiva delle vie aeree a due livelli (BiPAP) e ventilazione a pressione positiva continua delle vie aeree (CPAP)

Ventilazione oscillatoria ad alta frequenza (HFOV);

Ossigeno nasale ad alto flusso (HFNO);

¹ Rapporto ISS COVID-19 - n. 2/2020 "Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e socio-sanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2 (aggiornato al 14 marzo 2020)

² Tutorial sulle corrette procedure di vestizione e svestizione dei DPI:

[ISS-INMI - COVID-19: Vestizione e svestizione con dispositivi di protezione individuale](#)

Interruzione del sistema di ventilazione chiuso, intenzionalmente (ad es. aspirazione aperta), involontariamente (ad es. movimento del Paziente);

Ventilazione con pallone ambu;

Fisioterapia toracica (dispositivo per la tosse manuale e meccanico (MI-E));

Irrigazione di ascessi/ferite;

Rianimazione cardiopolmonare (CPR).

** le manovre eseguite nelle prime fasi rianimatorie non generano aerosol*

Procedure per la disinfezione della SO e gestione dei rifiuti

Per ridurre i tempi di ripristino della sala tra un intervento ed il successivo, in caso di interventi chirurgici nei quali non siano state effettuate altre procedure che generano aerosol oltre all'intubazione, deve essere eseguita la pulizia entro 1 metro e mezzo del tavolo operatorio.

I rifiuti sanitari devono essere smaltiti come rifiuti sanitari a rischio infettivo.

I dispositivi medici riutilizzabili devono essere disinfettati secondo le procedure di disinfezione dei dispositivi medici riutilizzabili correlati a SARS-CoV-2.

La teleria utilizzata in sala operatoria deve essere eliminata se monouso o collocata nei sacchi dedicati al percorso previsto per la biancheria infetta.

Devono essere sottoposte a disinfezione tutte le superfici degli strumenti e dei dispositivi tra cui il tavolo dello strumentario, il tavolo operatorio, ecc.;

Eventuali residui di sangue o altri fluidi biologici devono essere completamente rimossi prima della disinfezione seguendo le procedure locali in uso.

Tutte le superfici devono essere pulite con un disinfettante contenente 0,1% di cloro attivo o nel caso di superfici non trattabili con soluzione clorata utilizzare alcool al 70% rispettando il tempo di contatto indicato nella scheda tecnica del disinfettante utilizzato.

Pavimenti e pareti

Va eseguita nel caso di interventi chirurgici nei quali sono state effettuate altre procedure che generano aerosol oltre all'intubazione.

Eventuali residui di sangue o altri fluidi biologici devono essere completamente rimossi prima della disinfezione secondo le procedure locali in uso.

Tutte le superfici devono essere pulite con un disinfettante contenente 0,1% di cloro rispettando il tempo di contatto indicato nella scheda tecnica del prodotto utilizzato.

Bibliografia

Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment Compiled According to Clinical Experience The First Aliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine Marzo

2020.

Min Hua Zheng, Luigi Boni, Abe Fingerhut. Minimally invasive surgery and the novel coronavirus outbreak: lessons learned in China and Italy. *Ann Surg.* 2020 Mar 26. doi: 10.1097/SLA.0000000000003924. [Epub ahead of print].

Kim JY, Song JY, Yoon YK, et al. Middle East Respiratory Syndrome Infection Control and Prevention Guideline for Healthcare Facilities. *Infect Chemother.* 2015;47(4):278–302. doi:10.3947/ic.2015.47.4.278.

Guidance for infection prevention and control in healthcare settings. Version 1.1, 27/03/2020 Department of Health and Social Care (DHSC), Public Health Wales (PHW), Public Health Agency (PHA) Northern Ireland, Health Protection Scotland (HPS) and Public Health England as official guidance. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/876577/Infection_prevention_and_control_guidance_for_pandemic_coronavirus.pdf (consultato il 2 aprile 2020).

American College of Surgeons – Covid and Surgery Clinical Issues and Guidance From the American College of Surgeons. <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance> (consultato il 2 aprile 2020).

Allegato 1: esempio di procedura di vestizione e svestizione

Protezioni ad alto rischio (procedure che generano aerosol o interventi sulle vie aeree): Tuta + FFP3/FFP2.

Vestizione

- Deve essere effettuata fuori dalla sala operatoria, alla presenza di un osservatore.
- Rimuovere tutti gli effetti personali.
- Ispezionare le confezioni dei DPI.
- Eseguire l'igiene delle mani mediante lavaggio o frizione con gel alcolico.
- Indossare copri scarpe.
- Frizionare le mani con gel alcolico.
- Indossare il primo paio di guanti in nitrile lunghi e coprire i polsi.
- Indossare la tuta. Agganciare gli elastici al polso (se presenti) al primo e quarto dito delle mani.
- Indossare filtrante facciale FFP3/FFP2 ed effettuare la prova di tenuta.
- Indossare cuffia copricapo.
- Indossare eventuale mascherina chirurgica a protezione del filtrante facciale, soprattutto nel caso di filtrante facciale dotato di valvola.
- Se si usano occhiali pluriuso come protezione oculare, deve essere indossata in questo punto (altrimenti procedere).
- Indossare il cappuccio della tuta, chiudere, avendo cura di lasciare il lembo superiore di chiusura al collo leggermente staccato per agevolare la svestizione.
- Se si usa lo schermo facciale pluriuso come protezione oculare, deve essere indossato in questo punto.
- Indossare il secondo paio di guanti in nitrile lunghi e coprire polsi e polsini della tuta.
- Ispezionarsi e assicurarsi che non vi siano porzioni di cute scoperta.
- Entrare in sala operatoria.

Svestizione

- La svestizione inizia prima di uscire dalla sala operatoria dove viene mantenuta la divisione tra zona contaminata e pulita (vicina alla porta di uscita). Pertanto, è necessario che venga allestita un'area di svestizione con una parte all'interno della sala, vicino alla porta di uscita ed una immediatamente fuori. Ad esempio, all'interno, in terra vengono posizionate due traverse pulite spruzzate di disinfettante ed il contenitore per rifiuti infetti, su un tavolo viene posizionato un flacone di gel alcolico e i contenitori puliti per la successiva decontaminazione degli schermi facciali pluriuso; fuori dalla sala, in terra è posizionato il contenitore per rifiuti infetti e su un tavolo un flacone di gel alcolico e i guanti puliti.

All'interno della sala

- Frizionare le mani guantate (guanti esterni) con gel alcolico.
- Rimuovere i guanti esterni ed eliminarli nel contenitore per rifiuti a rischio infettivo.
- Posizionarsi al centro della traversa monouso imbibita di disinfettante.
- Frizionare le mani guantate (guanti interni) con gel alcolico.
- Indossare un paio di guanti puliti.
- Rimuovere lo schermo facciale pluriuso, afferrandolo dalla parte non contaminata,

rappresentata dall'elastico posteriore; appoggiarlo all'interno del contenitore dedicato per la decontaminazione e spruzzare disinfettante spray. (Lo schermo facciale pluriuso dovrà successivamente essere lavato accuratamente con acqua e detergente, asciugato e conservato in luogo idoneo. L'operatore che si occupa del lavaggio dei DPI pluriuso deve indossare mascherina chirurgica, occhiali protettivi, camice monouso e guanti).

- Frizionare le mani guantate (guanti esterni) con gel alcolico.
- Rimuovere la tuta:
 - Tenendo la testa dritta allontanando il mento dal petto, iniziare rimozione della tuta.
 - Aprire il lembo adesivo vicino al collo.
 - Tirare indietro il cappuccio e procedere abbassando la cerniera fino in fondo.
 - Frizionare le mani guantate (guanti esterni) con gel alcolico.
 - Rimuovere il secondo paio di guanti (guanti esterni).
 - Frizionare le mani guantate (guanti interni) con gel alcolico.
 - Procedere nella rimozione della tuta, dalla parte interna con mano sinistra spalla interna destra e viceversa, facendo attenzione a non toccare le parti esterne. Procedere ad abbassare tutta la tuta fino alle caviglie, toccando solo le parti interne. La tuta deve risultare collocata sulla traversa.
- Rimuovere i copri scarpe: sfilare prima un piede e appoggiarlo all'esterno della traversa quindi sfilare l'altro piede appoggiandolo all'esterno della traversa.
- Frizionare le mani guantate (guanti interni) con gel alcolico.
- Richiudere la traversa, contenente la tuta ed i sovra scarpe, su sé stessa posizionando le mani guantate sotto di essa e smaltirla nel contenitore per rifiuti infetti.
- Frizionare le mani guantate (guanti interni) con gel alcolico.
- Se indossata copertura del filtrante FFP3/FFP2, rimuovere la mascherina chirurgica afferrando con dito pollice e indice di ambedue le mani la superficie esterna della mascherina ed eliminarla nel contenitore per rifiuti infetti.
- Frizionare le mani guantate (guanti interni) con gel alcolico.
- Rimuovere la cuffia ed eliminarla nel contenitore per rifiuti infetti.
- Rimuovere i guanti interni e smaltirli nel contenitore per rifiuti infetti.
- Frizionare le mani con gel alcolico utilizzando una garza pulita per attivare il dispenser dell'erogatore del gel alcolico.
- Indossare guanti puliti.
- Uscire dalla sala operatoria.
- Aprire la porta ed accedere alla sala induzione con i guanti puliti appena indossati.
- Chiudere la porta dall'esterno.

Fuori dalla sala operatoria (in sala induzione)

- Frizionare le mani guantate con gel alcolico.
- Rimuovere il filtrante facciale FFP3/FFP2 ed eliminarlo nel contenitore per rifiuti infetti.
- Rimuovere i guanti e smaltirli nel contenitore per rifiuti infetti.
- Frizionare le mani con gel alcolico e successivamente procedere al lavaggio con acqua e sapone.

Protezione a medio rischio - equipe chirurgica: camice chirurgico protettivo sterile + FFP2.

Vestizione

- Deve essere effettuata fuori dalla sala operatoria prima di avvicinarsi alla paziente.
- Rimuovere tutti gli effetti personali.
- Aprire e ispezionare le confezioni dei DPI.
- Indossare i calzari lunghi.
- Eseguire l'igiene delle mani mediante lavaggio o frizione con gel alcolico.
- Indossare filtrante facciale FFP2 ed effettuare la prova di tenuta.
- Indossare cuffia copricapo.
- Indossare eventuale mascherina chirurgica a protezione del filtrante facciale.
- Indossare la protezione oculare (monouso o pluriuso).
- Nel caso di schermo visore, questo può essere indossato alla fine della vestizione con l'aiuto di un altro operatore.
- Eseguire lavaggio chirurgico.
- Indossare primo paio di guanti sterili.
- Indossare il camice sterile protettivo pluriuso.
- Indossare secondo paio di guanti sterili coprendo i polsini del camice.

Svestizione

- La svestizione inizia prima di uscire dalla sala operatoria dove viene mantenuta la divisione tra zona contaminata e pulita (vicina alla porta di uscita).

All'interno della sala

- Frizionare le mani guantate (guanti esterni) con gel alcolico.
- Rimuovere i guanti esterni eliminandoli nel contenitore per rifiuti infetti collocato all'interno della stanza nelle vicinanze della porta.
- Frizionare le mani guantate (guanti interni) con gel alcolico.
- Sfilare il camice protettivo: tirare uno dei due lacci annodati lateralmente aprire il camice dalla parte posteriore, dal collo e spalle, sfilare pian piano dall'interno (peeling) arrotolarlo dall'interno ed inserirlo nella busta di plastica per il successivo invio al lavaggio.
- Frizionare le mani guantate (guanti interni) con gel alcolico.
- Rimuovere la protezione oculare afferrandola dalla parte non contaminata, rappresentata dall'elastico posteriore nel caso di schermo facciale o dalle astine nel caso di occhiali. In caso di dpi monouso deve essere smaltito nell'apposito contenitore per rifiuti infetti; in caso di dpi pluriuso, appoggiarlo all'interno del contenitore dedicato per la decontaminazione e spruzzare disinfettante spray.
- Frizionare le mani guantate (guanti interni) con gel alcolico.
- Rimuovere la mascherina chirurgica solo se indossata a copertura del filtrante FFP2 afferrando con dito pollice e indice di ambedue le mani la superficie esterna della mascherina ed eliminarla nel contenitore per rifiuti infetti.
- Rimuovere la cuffia e successivamente i calzari ed eliminarli nel contenitore per rifiuti infetti.
- Frizionare le mani con gel alcolico utilizzando una garza pulita per attivare il dispenser dell'erogatore del gel alcolico.
- Rimuovere i guanti interni e smaltirli nel contenitore per rifiuti infetti.
- Frizionare le mani con gel alcolico utilizzando una garza pulita per attivare il dispenser

dell'erogatore del gel alcolico.

- Indossare guanti puliti.
- Uscire dalla sala operatoria.
- Aprire la porta ed accedere alla zona esterna (sala induzione) con i guanti puliti appena indossati.
- Chiudere la porta dall'esterno.

Fuori dalla sala operatoria (in sala induzione)

- Frizionare le mani guantate con gel alcolico.
- Rimuovere il filtrante facciale FFP2 afferrando gli elastici dalla parte posteriore e smaltirlo nell'apposito contenitore per rifiuti infetti.
- Frizionare le mani guantate con gel alcolico.
- Rimuovere i guanti e smaltirli nel contenitore per rifiuti infetti.
- Frizionare le mani con gel alcolico e successivamente procedere al lavaggio con acqua e sapone.

Protezione a medio rischio – Infermiere, OSS di sala operatoria: camice chirurgico protettivo sterile + FFP2.

Vestizione

- Deve essere effettuata fuori dalla sala operatoria prima di avvicinarsi al paziente.
- Rimuovere tutti gli effetti personali.
- Aprire e ispezionare le confezioni dei DPI.
- Eseguire l'igiene delle mani mediante lavaggio o frizione antisettica con gel alcolico.
- Indossare calzari alti.
- Frizionare le mani con gel alcolico.
- Indossare primo paio di guanti.
- Indossare il camice protettivo.
- Allacciare dietro al collo e in cintura lateralmente.
- Indossare filtrante facciale FFP2 ed effettuare la prova di tenuta.
- Indossare cuffia copricapo.
- Indossare eventuale mascherina chirurgica a protezione del filtrante facciale FFP2.
- Indossare la protezione oculare (monouso o pluriuso).
- Indossare secondo paio di guanti monouso (esterni) lunghi coprendo i polsi e i polsini del camice protettivo.

Svestizione

- La svestizione inizia prima di uscire dalla sala operatoria dove viene mantenuta la divisione tra zona contaminata e pulita (vicina alla porta di uscita).

All'interno della sala

- Frizionare le mani guantate (guanti esterni) con gel alcolico.
- Rimuovere i guanti esterni eliminandoli nel contenitore per rifiuti infetti collocato all'interno della stanza nelle vicinanze della porta.
- Frizionare le mani guantate (guanti interni) con gel alcolico.
- Sfilare il camice protettivo monouso: tirare uno dei due lacci annodati lateralmente aprire il

camice dalla parte posteriore, dal collo e spalle, sfilare pian piano dall'interno (peeling) arrotolarlo dall'interno ed eliminarlo nel contenitore per rifiuti infetti.

- Frizionare le mani guantate (guanti interni) con gel alcolico.
- Rimuovere la protezione oculare afferrandola dalla parte non contaminata, rappresentata dall'elastico posteriore nel caso di schermo facciale o dalle astine nel caso di occhiali. In caso di dpi monouso deve essere smaltito nell'apposito contenitore per rifiuti infetti; in caso di dpi pluriuso, appoggiarlo all'interno del contenitore dedicato per la decontaminazione e spruzzare disinfettante spray.
- Frizionare le mani guantate (guanti interni) con gel alcolico.
- Rimuovere la mascherina chirurgica solo se indossata a copertura del filtrante FFP2 afferrando con dito pollice e indice di ambedue le mani la superficie esterna della mascherina ed eliminarla nel contenitore per rifiuti infetti.
- Rimuovere la cuffia e successivamente i calzari ed eliminarli nel contenitore per rifiuti infetti
- Frizionare le mani guantate (guanti interni) con gel alcolico utilizzando una garza pulita per attivare il dispenser dell'erogatore del gel alcolico.
- Rimuovere i guanti interni e smaltirli nel contenitore per rifiuti infetti.
- Frizionare le mani con gel alcolico utilizzando una garza pulita per attivare il dispenser dell'erogatore del gel alcolico.
- Indossare guanti puliti.
- Uscire dalla sala operatoria.
- Aprire la porta ed accedere alla zona esterna (sala di induzione) con i guanti puliti appena indossati.
- Chiudere la porta dall'esterno.

Fuori dalla sala operatoria (in sala induzione)

- Frizionare le mani guantate con gel alcolico.
- Rimuovere il filtrante facciale FFP2 afferrando gli elastici dalla parte posteriore e smaltirlo nell'apposito contenitore per rifiuti infetti.
- Frizionare le mani guantate con gel alcolico.
- Rimuovere i guanti e smaltirli nel contenitore per rifiuti infetti.
- Frizionare le mani con gel alcolico e successivamente procedere al lavaggio con acqua e sapone.

Allegato 2: valutazione del rischio COVID-19 in chirurgia – scheda paziente

Dati azienda/reparto	
Azienda sanitaria	
Disciplina chirurgica	
Unità operativa	
Dati paziente	
Nome	
Cognome	
Luogo nascita	
Data di nascita	
Positività nota per SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Valutazione pre-ricovero (prima del ricovero per intervento chirurgico programmato)	
Valutazione effettuata	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Data valutazione	_ _ _ _
Contatto stretto di caso COVID-19 (vd. Allegato definizioni)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Presenza di sintomi compatibili con COVID-19 (vd. Allegato definizioni)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto
Presenza di altri elementi (es. radiologia) che depongono per infezione COVID-19 in atto	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Tampone PCR in fase di pre-ricovero	<input type="checkbox"/> Effettuato <input type="checkbox"/> Non effettuato
<i>Se effettuato, indicare esito tampone</i>	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Non noto
Esito della valutazione	<input type="checkbox"/> Intervento confermato <input type="checkbox"/> Intervento rinviato
Valutazione pre-intervento (durante il ricovero in cui viene effettuato l'intervento chirurgico)	
Data ricovero	_ _ _ _
Tipologia intervento	<input type="checkbox"/> Programmato <input type="checkbox"/> Urgente <input type="checkbox"/> In emergenza
Contatto stretto di caso COVID-19 (vd. Allegato definizioni)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto
Presenza di sintomi compatibili con COVID-19 (vd. Allegato definizioni)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto
Presenza di altri elementi (es. radiologia) che depongono per infezione COVID-19 in atto	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Tampone PCR subito prima dell'intervento	<input type="checkbox"/> Effettuato <input type="checkbox"/> Non effettuato
<i>Se effettuato, indicare esito tampone</i>	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Non noto
Esito della valutazione	<input type="checkbox"/> Intervento confermato <input type="checkbox"/> Intervento rinviato
<i>Se confermato, data intervento</i>	_ _ _ _

ALLEGATO DEFINIZIONI – Sintomi COVID-19 e definizione di contatto stretto di caso

<p>Sintomi e segni compatibili con la diagnosi di COVID-19 <i>(Segni e sintomi possono essere anche di lieve intensità, presenti singolarmente o variamente associati tra loro)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - febbre - tosse - astenia - dolori muscolari diffusi - mal di testa - raffreddore (naso chiuso e/o scolo dal naso) - difficoltà respiratoria (respiro corto, fame d'aria) - mal di gola - congiuntivite - diarrea - vomito - aritmie (tachi- o bradi- aritmie), episodi sincopali disturbi nella percezione di odori e gusti (anosmia, a-disgeusia)
<p>Criteri per definizione di "contatto stretto" di caso COVID-19</p>	<ul style="list-style-type: none"> - hanno avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio la stretta di mano); - hanno 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); - hanno avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 1 metro e di durata maggiore a 15 minuti; - si sono trovati in un ambiente chiuso (ad esempio soggiorno, sala riunioni, sala d'attesa) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 1 metro.

ALLEGATO B

Linee Guida per la riattivazione dei servizi sanitari territoriali**Premessa**

Al fine di garantire la massima sicurezza per i pazienti e per gli operatori sanitari e consentire alle Aziende sanitarie di concentrarsi sulla gestione dell'emergenza nella prima fase più critica ("fase 1"), è stato necessario sospendere le prestazioni programmate ad eccezione delle prestazioni con carattere di urgenza e non procrastinabili.

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 il loro lavoro nel rispetto delle misure preventive raccomandate.

Le seguenti indicazioni si applicano alle strutture pubbliche, a quelle private accreditate, a quelle private autorizzate e agli studi medici e professionali

Indicazioni di carattere igienico-sanitario atte alla prevenzione del contagio e alla tutela della salute dei lavoratori

Le indicazioni riguardano misure di prevenzione da contatto e da droplet già previste in norme specifiche quali:

- pulizia e sanificazione ambientale
- disinfezione delle superfici, delle attrezzature e dei dispositivi di cura
- utilizzo di dispositivi di protezione individuale (mascherine chirurgiche eventualmente associate a schermo facciale, guanti, grembiule monouso) per tutti gli operatori delle strutture
- valutazione tramite triage di chiunque entri nelle strutture mediante somministrazione di breve questionario/intervista di valutazione dello stato di salute
- divieto di accesso ai locali delle strutture sanitarie a chi risulti positivo al triage se la prestazione è di tipo procrastinabile, altrimenti avvio a un percorso separato per i casi sospetti che necessitano di prestazione non procrastinabile
- utilizzo della mascherina chirurgica per chi accede alle strutture sanitarie
- igienizzazione delle mani in ingresso e in uscita mediante gel alcolico
- accesso consentito alla sola persona che deve ricevere la prestazione; la presenza di un accompagnatore è ammessa solo per i minori, le persone non autosufficienti o quando sia necessaria una mediazione linguistico-culturale
- distanziamento fisico di sicurezza di almeno un metro fra le persone (opportuna organizzazione delle sale di attesa, degli ambulatori e degli spazi comuni)
- opportuna aerazione dei locali
- utilizzo di barriere fisiche nelle portinerie, nei punti di accoglienza, nei locali di accesso al pubblico per l'effettuazione di prestazioni amministrative

Indicazioni finalizzate a garantire il distanziamento fisico

Le Aziende sanitarie, le strutture private accreditate ed autorizzate sono tenute ad evitare assembramenti nelle sale d'attesa ed in altri luoghi dell'azienda, garantire un congruo intervallo temporale tra un appuntamento e l'altro e consentire la pulizia e disinfezione dell'ambulatorio dopo l'effettuazione della prestazione. A tale scopo occorre:

- programmare tutti gli accessi che comportano l'erogazione di una prestazione
- programmare gli accessi dilazionando le tempistiche per ogni appuntamento (di norma non più di uno ogni 30', ad esclusione degli accessi per prestazioni di laboratorio). Tale misura potrebbe rendere necessaria l'estensione degli orari di apertura delle strutture anche alle ore serali ed al fine settimana. Per ridurre al minimo il tempo della prestazione si raccomanda di eseguire preventivamente e telefonicamente con personale dedicato la parte di indagine anamnestica che solitamente precede la prestazione vera e propria.
- disporre le sedute nelle sale di attesa per assicurare la distanza di sicurezza di almeno 1 metro tra tutte le persone presenti (utenti e accompagnatori). La capienza massima dei locali di attesa o degli spazi comuni può essere calcolata nella misura di 1 persona ogni 3 metri quadri di superficie utile.
- regolare gli ingressi consentendo l'accesso alla sola persona che riceve la prestazione, eventualmente accompagnata da una sola altra persona nei casi di reale necessità (minori, disabili, non autosufficienti), raccomandando di presentarsi all'appuntamento all'orario esatto della prestazione e non ammettendo chi arriva in anticipo.

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, già largamente sperimentate durante l'emergenza.

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 sotto la regia dei dipartimenti di sanità pubblica
- il potenziamento della capacità di risposta territoriale sia nell'ambito della sorveglianza sia nell'ambito delle cure attraverso la piena integrazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) nelle attività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta
- l'utilizzo di strumenti che permettono 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).

L'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.

Per mitigare le difficoltà delle persone affette da patologie rilevanti ad alto rischio di instabilità clinica e riacutizzazione, la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare è intervenuta con nota PG/2020/0266489 del 02/04/2020 indicando alle Aziende sanitarie di garantire la continuità terapeutica e la massima sicurezza di tali pazienti attraverso l'effettuazione di consulenze telefoniche da parte dello specialista al fine di monitorare lo stato di salute del paziente e verificare l'appropriatezza della terapia in atto.

L'avvio dell'uso di strumenti e modalità di gestione delle prestazioni a distanza e di telemedicina registrato nella "fase 1" ha dato risultati positivi in particolar modo in alcune aree di attività, ciò che ha consentito la prosecuzione di tutte quelle attività per le quali non è richiesto un contatto fisico o comunque ravvicinato tra il paziente ed il medico. Per l'attività specialistica la telemedicina ha trovato impiego in particolar modo nella gestione della cronicità per il monitoraggio dell'andamento della terapia. L'uso della telemedicina dovrà essere ulteriormente implementato e diffuso anche per gestire altre aree della specialistica: ad esempio, per il monitoraggio dei pazienti dispnoici o diabetici, per la riabilitazione di disabilità temporanee con l'uso di tutorial specifici, ecc. A tale scopo a livello regionale saranno costituiti gruppi tecnici specifici sulle diverse discipline che definiranno nel dettaglio le attività erogabili a distanza.

Ferma restando la necessità di proseguire nell'uso degli strumenti della telemedicina, il Tavolo regionale sui tempi di attesa sta ultimando uno specifico piano di riavvio delle attività specialistiche ambulatoriali che tenga conto delle diverse peculiarità aziendali anche in relazione al grado di diffusione locale del contagio.

La ripresa dell'attività nel rispetto di tutte le indicazioni di sicurezza sopradescritte prevede azioni sui seguenti fronti:

a. Recupero dell'attività precedentemente sospesa

Entro il mese di maggio 2020 le Aziende Sanitarie, con la collaborazione delle strutture private accreditate con le quali è attivo un contratto di fornitura, avviano un piano di recupero delle prenotazioni che hanno subito una sospensione a causa dell'emergenza sanitaria.

Le prenotazioni di **prestazioni di primo accesso** che sono state sospese dovranno essere recuperate ed erogate, in primis a partire dalle strutture che non sono coinvolte ancora direttamente nella gestione dell'emergenza Covid-19 o dove vi sia il personale disponibile all'erogazione di attività specialistica in quanto non già impegnato in attività collegate all'emergenza.

Presso tali strutture, quindi, per garantire un equilibrio tra la dilazione degli appuntamenti ed il recupero del maggior numero di appuntamenti sospesi, occorre prevedere:

1. una riarticolazione delle agende di prenotazione
2. il contenimento della riduzione della capacità produttiva attraverso l'estensione degli orari di apertura degli ambulatori
3. 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 sono tenute a portare a regime questa attività attraverso l'effettuazione di consultazioni telefoniche da parte degli specialisti per il monitoraggio

della patologia e l'eventuale conferma/rettifica dell'appuntamento già fissato, mantenendo valida la ricetta prenotata precedentemente.

La **libera professione intramuraria** potrà essere riattivata dalle Aziende sanitarie per le discipline e strutture in cui riprende l'attività istituzionale.

b. Accesso in prenotazione per nuove prestazioni

Si confermano le precedenti indicazioni in merito alle attività non sospese da garantire, ovvero:

- prestazioni con classe di priorità U (72h) e B (10 gg)
- prestazioni non procrastinabili (patologie croniche e rare)
- prestazioni onco-ematologiche, radioterapiche e chemioterapiche;
- prestazioni individuate come indispensabili dallo specialista di riferimento (tra queste si segnalano i controlli post-operatori e le prestazioni riabilitative post-chirurgiche e post-dimissione ospedaliera);
- prestazioni dialitiche;
- prestazioni per pazienti in TAO.

Si precisa inoltre che nell'ambito delle prestazioni non procrastinabili rientrano quelle da garantire ai pazienti che hanno avuto il Covid-19 e, nonostante siano stati dimessi dall'ospedale perché risultati negativi al virus, necessitano ancora di controlli per la presenza di complicanze.

Per questa tipologia di pazienti, le Aziende dovranno attivare percorsi di presa in carico, preferibilmente all'interno delle Case della Salute. Per questi pazienti non è prevista la compartecipazione alla spesa.

Per quanto concerne l'accesso per prestazioni con classe di priorità D e P, è importantissimo soprattutto nei primi mesi di riavvio delle attività ordinarie limitarlo ai casi in cui l'approfondimento diagnostico è strettamente necessario alla definizione di un quadro clinico complesso e all'avvio di una terapia appropriata.

In tal senso occorre riprendere il lavoro sulle condizioni di appropriatezza clinica delle prescrizioni nell'ambito dei tavoli relativi a PDTA di patologia, anche al fine di sensibilizzare sull'importanza dell'appropriatezza all'uso delle risorse sanitarie e di garantire le prestazioni erogate prioritariamente alle esigenze di diagnosi per sintomi emergenti e alla presa in carico delle patologie con veloce variabilità nel tempo.

Per quanto riguarda la **chirurgia ambulatoriale** si raccomanda di posticipare tutti gli interventi programmati il cui esito a breve/medio termine non abbia sostanziale impatto sulla qualità della vita della persona, soprattutto al fine di non sottrarre risorse comuni ad altri setting erogativi.

Per quanto riguarda i **punti prelievo**, è sospesa la possibilità di accedervi direttamente. Le Aziende devono valutare l'opportunità di estendere l'orario di esecuzione dei prelievi fino alla tarda mattinata per meglio distribuire gli accessi programmati.

È altrettanto importante sviluppare una campagna informativa di sensibilizzazione verso i cittadini sul tema della appropriatezza all'uso delle risorse sanitarie.

c. Riorganizzazione delle agende e prenotazione:

Durante il periodo di recupero dell'attività sospesa le Aziende dovranno procedere a riorganizzare le agende e completare l'applicazione delle regole di cui al PRGLA 2019-2021 con particolare attenzione alla presa in carico da parte dello specialista.

La prenotazione dei primi accessi dovrà avvenire prioritariamente attraverso i canali prenotativi che evitano l'accesso alle strutture: Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), CUPtel, CUPWeb, posta elettronica e messaggistica telefonica (quando previsto).

In generale, le Aziende dovranno potenziare i canali di prenotazione telefonica e le disponibilità dell'offerta prestazionale da mettere on line (cupweb). Al fine di evitare assembramenti, le prestazioni effettuate dagli operatori dei CUP ordinari saranno garantite di norma attraverso la risposta telefonica e, comunque, viene sospeso l'accesso diretto.

La prenotazione dei controlli e degli approfondimenti diagnostici necessari a seguito di un primo accesso sarà a carico dello specialista o della struttura sanitaria senza rinvio del cittadino al proprio medico curante.

d. Sospensione Malus di cui alla Legge Regionale 2/2016

Per gli appuntamenti programmati a decorrere dal 23 febbraio 2020 fino al 31 dicembre 2020, sono giustificati i casi di mancata o tardiva disdetta ai sensi della L.R. n. 2/2016 e delle indicazioni operative successive. Le Aziende devono comunque sollecitare l'uso della disdetta e del cambio appuntamento in modo da favorire il riutilizzo dei posti e consentire al cittadino il riutilizzo della stessa ricetta senza ritornare dal medico.

In modo particolare il riutilizzo dei posti dovrà riguardare, prioritariamente, l'accesso ai servizi sanitari dei cittadini che siano in possesso di prescrizioni con classe di priorità U (72 h) e B (10 gg).

I servizi consultoriali

In aggiunta alle attività 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 che sono state garantite anche durante le fasi di emergenza in quanto non procrastinabili, nella "fase 2" le Aziende dovranno riprendere le seguenti attività

- controllo della fertilità per i nuovi utenti (prevedere un counseling contraccettivo telefonico o un counseling su appuntamento qualora si rendesse necessario);
- contraccezione di emergenza anche per i maggiorenni;

potenziando le attività che possono essere eseguite tramite chiamate o video chiamate (counseling contraccettivo, consulenza psicologica per adolescenti e adulti, ecc).

Deve essere incrementata l'offerta telefonica anche nei centri LDV.

Per l'avvio dell'attività specialistica all'interno dei servizi consultoriali vedere i riferimenti sopra descritti relativi a tale attività.

Resta il divieto di organizzare attività di gruppo presso le sedi consultoriali (corsi di accompagnamento alla nascita, corsi di massaggio ai neonati, interventi di educazione sessuale e riproduttiva con gli adolescenti, ecc.) che possono invece essere mantenute con modalità a distanza.

Per l'accesso ai locali sono valide le indicazioni di carattere igienico sanitario e di distanziamento fisico sopra riportate.

L'accesso allo Spazio Giovani e allo Spazio Donne Immigrate, finora ad accesso libero, viene garantito solo su appuntamento.

Le pediatrie di comunità

Dopo l'iniziale fase di limitazione delle vaccinazioni alle prime due dosi di esavalente (difterite, tetano, pertosse, polio, epatite B, emofilo a tre e cinque mesi) pneumococco, meningococco B, rotavirus e alla prima dose di MPRV a 15 mesi, la ripresa del calendario vaccinale procederà con le indicazioni previste dal calendario vaccinale regionale mediante

- chiamate attive per tutte le vaccinazioni della prima infanzia: ciclo a 3 dosi di Esavalente, Pneumococco 13, Meningococco B, Rotavirus, Meningococco ACWY e MPRV;
- chiamata attiva per il richiamo delle vaccinazioni a 5-6 anni;
- completamento dei cicli già iniziati di antimeningococco B somministrati a bambini di età maggiore o uguale ai due anni, effettuando le 2 dosi nel rispetto delle indicazioni della scheda tecnica;
- completamento dei cicli già iniziati di HPV, effettuando le 2 dosi prima che decorra 1 anno intero dalla esecuzione della 1a dose, in modo da rispettare le indicazioni della scheda tecnica.

Le attività di gruppo (spazio mamme, nati per leggere) saranno garantite tramite modalità on-line a distanza.

Il sostegno all'assistenza dei pazienti cronici prosegue, come anche nelle fasi dell'emergenza.

Le attività nelle scuole riprenderanno coerentemente con le riaperture delle stesse.

Altre attività di assistenza differenziate offerte nei vari territori dalla pediatria di comunità dovranno comunque essere organizzate in maniera da garantire la distanza fra le persone e le misure igienico-sanitarie riportate in premessa.

Le attività vaccinali rivolte agli adulti

Oltre all'offerta vaccinale alle donne in gravidanza, il cui mantenimento è stato garantito anche nella prima fase emergenziale, va gradualmente ripresa l'attività vaccinale rivolta ai portatori di malattie croniche e l'effettuazione delle altre vaccinazioni indifferibili rivolte agli adulti.

I programmi di screening per la prevenzione dei tumori

Il **programma di screening dei tumori della mammella** va ripreso prioritariamente, sia per l'incidenza del carcinoma mammario, che per la biologia di questa lesione, avviando la ripartenza degli inviti di I livello. Le Aziende dovranno inoltre garantire la presa in carico e la sorveglianza delle donne definite a rischio elevato secondo il programma per la valutazione del rischio eredo-familiare (profilo 3) e di esaurire, ancora prima delle chiamate di primo livello, gli eventuali "early recall" pendenti.

Per quanto riguarda il **programma di screening dei tumori del colon retto**, si prevede la graduale ripresa dei primi livelli, eventualmente anche ridotta sulla base della situazione locale. Le Aziende USL in cui era previsto un periodo di sospensione estiva valuteranno la possibilità di una continuità dell'attività, anche ridotta, al fine di recuperare in tale periodo parte del ritardo inevitabilmente accumulato, con modalità di riconsegna dei campioni adeguate alla problematica delle temperature più alte in tale stagione.

Quanto al **programma di screening dei tumori della cervice uterina**, le Aziende completeranno eventuali trattamenti non ancora effettuati e procederanno con gli esami di secondo livello che erano stati sospesi, nonché con gli esami di follow-up sospesi, valutando la possibilità di ripartire in maggio-giugno con l'invito alle donne che devono ripetere HPV test a 12 mesi. Per le donne regolarmente invitate al primo livello con pap test o HPV test in scadenza, o con invito già scaduto, si ritiene che un ulteriore allungamento dell'intervallo abbia un impatto molto ridotto sull'efficacia del programma e pertanto si può valutare una graduale ripresa di tale attività anche successivamente.

Per tutti e tre i programmi di screening, è fondamentale che la ripresa dell'attività di primo livello sia sempre rapportata alla capacità di gestire adeguatamente i secondi livelli indotti, tenendo conto della situazione locale organizzativa legata all'emergenza.

Va assicurata prioritariamente l'effettuazione di eventuali esami di secondo livello non ancora effettuati e gli esami di follow up, laddove siano stati rimandati durante la prima fase dell'emergenza.

Le visite di medicina dello sport per l'idoneità sportiva agonistica

Tali visite restano sospese e se ne valuterà la ripresa in seguito sulla base delle disposizioni riguardanti le attività sportive.

I servizi afferenti ai Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche

Durante la "fase 1", i servizi dei Dipartimenti salute mentale e dipendenze patologiche non hanno sospeso le attività ma le hanno rimodulate. L'unica attività che è stata totalmente sospesa è quella dei centri diurni e degli interventi gruppali in presenza.

La rimodulazione delle attività ha portato a privilegiare in primis i contatti telefonici o in videochiamata, anche con modalità proattive; come seconda scelta, la visita domiciliare con tutte le precauzioni prescritte; come terza scelta, il contatto individuale in presenza, con tutte le precauzioni prescritte. I centri ambulatoriali non sono mai stati chiusi, e, quando dotati di ingressi autonomi, sono stati dotati di check point per la misurazione temperatura e il rilievo sintomi sospetti.

Questa rimodulazione ha portato a una riduzione degli accessi e delle attività, riduzione che ha caratterizzato anche i reparti di degenza che accolgono le urgenze (SPDC) e il numero dei Trattamenti Sanitari Obbligatorii.

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.

Di seguito alcune specifiche relative ai diversi settori del Dipartimento.

- *UO Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*

Per i bambini più piccoli il contatto a distanza non può sostituire il contatto in presenza. Le Aziende dovranno pertanto progressivamente riattivare i colloqui e gli interventi diretti, dotando i servizi di dispositivi di protezione trasparenti (visiere o caschi trasparenti, barriere in plexiglas o simili) per rendere il più possibile naturale la comunicazione.

Per gli adolescenti sarà possibile mantenere almeno una parte dei contatti per via telematica, che appare molto gradita in questa fascia di età.

Alcune prestazioni (fisioterapia e logopedia) potranno essere erogate in forma mista, con accessi in struttura o al domicilio e videotutorial diretti ai genitori.

- *UO Dipendenze patologiche*

In questo ambito le Aziende proseguiranno ad erogare le prestazioni sia attraverso l'incremento degli accessi alle strutture sia con prestazioni telefoniche/videochiamate.

Per i servizi di prossimità (Unità di strada, centri a bassa soglia) rivolti a persone in condizioni di marginalità sociale, si potenzieranno le attività, anche con metodologie a distanza, in collegamento con gli Enti locali.

- *Strutture residenziali dipendenze patologiche*

I nuovi ingressi restano riservati a casi urgenti e indifferibili, con precauzioni già elencate nel documento PG/2020/0311796 del 23/04/2020.

- *Centri di salute mentale*

Si procederà ad una progressiva riapertura dei colloqui in presenza ma proseguirà e verrà potenziata l'attività di contatto telefonico proattivo con tutta l'utenza assistita dai centri e l'attività domiciliare.

- *Servizi psichiatrici di diagnosi e cura e residenze salute mentale a carattere intensivo*

Le Aziende devono garantire i ricoveri urgenti riservando stanze singole e rimodulando il numero complessivo dei posti come già sperimentato durante la fase 1, per ridurre i contatti tra pazienti.

- *Residenze salute mentale a carattere estensivo e sociosanitarie*

I nuovi ingressi restano riservati a casi urgenti e indifferibili, con precauzioni che verranno elencate in un apposito documento.

- *Attività Abilitative*

L'attività dei centri diurni in quanto tali e le attività gruppali in presenza sono sospese. Le attività sono rimodulate attraverso contatti a distanza, interventi domiciliari anche con attivazione/o revisione progetti individualizzati con Budget di Salute, interventi individuali in presenza. Viene mantenuta e promossa la partecipazione di utenti e familiari nonché tutte le iniziative di automutuoaiuto e protagonismo degli utenti, mediante punti di ascolto e comunità virtuali.

Le attività ambulatoriali di Medicina legale

Le attività di accertamento della disabilità e gli accertamenti medico-legali collegiali continueranno ad essere effettuati sugli atti per tutti i casi in cui la documentazione sanitaria prodotta dal

richiedente sia esaustiva e non si renda indispensabile la visita medico-legale oppure non sia possibile ovviare con l'utilizzo di tecnologie da remoto (es. videochiamata).

Analogamente per quanto attiene alle visite medico-legali individuali ricomprese nei LEA.

Nel caso non sia possibile prescindere dall'accertamento medico-legale in presenza, come per le attività delle Commissioni Mediche Locali per le patenti di guida, devono essere rigorosamente osservate tutte le precauzioni di scaglionamento degli appuntamenti e di distanziamento sociale fra i componenti delle Commissioni fra loro e con gli utenti, oltre all'adozione di quelle universali già declinate nel dettaglio.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 APRILE 2020, N. 406

Approvazione dei piani di contrasto alla diffusione del COVID-19 nelle strutture residenziali e presso il domicilio

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- l'articolo 117, comma 1, del D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 112 e ss.mm.ii, in base al quale le regioni sono abilitate ad adottare provvedimenti d'urgenza in materia sanitaria;

- l'articolo 32 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, che disciplina poteri e funzioni in materia di igiene e sanità pubblica del Presidente della Giunta regionale e in forza del quale il Presidente medesimo è considerato autorità sanitaria regionale;

- il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421"ss.mm.ii.;

- la L.R. 23 dicembre 2004, n. 29 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale", e successive modifiche, che prevede che questa Regione, nell'esercizio dell'autonomia conferitale dalla riforma del Titolo V della Costituzione, definisce i principi ed i criteri generali di organizzazione e di funzionamento del Servizio sanitario regionale;

- il D.L. 2 marzo 2020 n. 9 avente ad oggetto misure di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19;

- il D.L. 9 marzo 2020, n. 14 recante "Misure urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19";

- il D.L. 17 marzo 2020, n. 18, avente ad oggetto misure di potenziamento del servizio sanitario regionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19;

- il D.L. 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale";

- il D.P.C.M. 23 febbraio 2020 concernente disposizioni attuative del D.L. 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19;

- il D.P.C.M. 25 febbraio 2020 concernente 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;

- il D.P.C.M. 1° marzo 2020 concernente 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;

- il D.P.C.M. 4 marzo 2020 concernente ulteriori disposizioni attuative del D.L. 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 D.P.C.M. 10 aprile 2020 concernente ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale;

Richiamati:

- la delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, con la quale è stato dichiarato, per sei mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale per il rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

- le Ordinanze del Capo del Dipartimento della Protezione civile n. 630/2020 e seguenti recanti interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

- il Decreto del Capo del Dipartimento della Protezione civile n. 576 del 23 febbraio 2020 che nomina, quale Soggetto attuatore per la Regione Emilia-Romagna, il Presidente della Regione medesima;

- le Ordinanze del Ministro della Salute rispettivamente del 25/1/2020, 30/1/2020, 21/2/2020, 22/3/2020 e le circolari prot. 2619 del 29/2/2020, n. 2627 del 1/3/2020, n. 7422 del 16/3/2020 e n. 7865 del 25/3/2020;

- le Ordinanze firmate dal Ministro della salute e dal Presidente della Regione Emilia-Romagna del 23/2/2020 e del 3/4/2020 aventi ad oggetto misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019;

- il D.P.C.M. 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. (20A02352)";

- i Decreti del Presidente della Regione Emilia-Romagna:

- n. 16 del 24 febbraio 2020 "Chiarimenti applicativi in merito all'ordinanza contingibile e urgente n. 1 del Ministero della Salute d'intesa con il Presidente della Regione Emilia-Romagna recante 'Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID 2019'";

- n. 25 del 28 febbraio 2020 "Costituzione Unità di crisi regionale COVID-19";

- n. 26 del 29 febbraio 2020 "Ridefinizione composizione unità di crisi regionale COVID-19 istituita con decreto del Presidente n. 25/2020";

- n. 27 del 4 marzo 2020 "Misure organizzative interne per assicurare il tempestivo approvvigionamento di beni/servizi in ambito di protezione civile";

- n. 28 del 5 marzo 2020 "Ulteriori misure organizzative per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19 – nomina del Commissario ad acta";

- n. 29 dell'8 marzo 2020 "Ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19";

- n. 31 del 9 marzo 2020 "Nuova ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19";

- n. 32 del 10 marzo 2020 "Ulteriore ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19";

- n. 34 del 12 marzo 2020 "Ordinanza ai sensi dell'articolo 1 punto 5 del DPCM 11 marzo 2020 in tema di programmazione

- del servizio erogato dalle aziende del trasporto pubblico locale in riferimento alla gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19";
- n. 35 del 14 marzo 2020 "Ulteriore ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19";
 - n. 36 del 15 marzo 2020 "Ulteriore Ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19. Disposizioni relative al Comune di Medicina";
 - n. 39 del 16 marzo 2020 "Ulteriore Ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19. Modifiche alle proprie precedenti Ordinanze approvate con Decreto n. 34 del 12 marzo 2020 e n. 36 del 15 marzo 2020";
 - n. 41 del 18 marzo 2020 "Ulteriore ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19. Contrasto alle forme di assembramento di persone";
 - n. 42 del 20 marzo 2020 "Misure organizzative Servizio sanitario regionale per fronteggiare l'emergenza COVID-19";
 - n. 43 del 20 marzo 2020 "Ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dell'art. 191 del D.lgs. 152/2006. Disposizioni urgenti in materia di gestione dei rifiuti a seguito dall'emergenza epidemiologica da COVID-19";
 - n. 44 del 20 marzo 2020 "Ulteriore ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19. Disposizione relative al territorio della provincia di Rimini";
 - n. 45 del 20 marzo 2020 "Ulteriore ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19.";
 - n. 46 del 22 marzo 2020 "Ulteriore ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19. Integrazione all'ordinanza n. 44 del 20 marzo 2020 relativa al territorio della provincia di Rimini";
 - n. 47 del 23 marzo 2020 "Ulteriore ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19.";
 - n. 48 del 24 marzo 2020 "Ulteriore ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19. Disposizioni riguardanti i territori delle province di Piacenza e Rimini. Revoca delle precedenti ordinanze 44 e 47";
 - n. 49 del 25 marzo 2020 "Ulteriore Ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19. disposizioni riguardanti il trasporto pubblico e proroga dell'ordinanza n. 35 del 14 marzo 2020;
 - n. 53 del 2 aprile 2020 "Emergenza coronavirus: proroga dell'incarico del Commissario ad acta";
 - n. 57 del 3 aprile 2020 "Ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19. Disposizioni in materia di trasporto, rifiuti e sanità privata";
 - n. 58 del 4 aprile 2020 "Ulteriore ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19";
 - n. 61 dell'11 aprile 2020 "Ulteriore ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19";
 - n. n.66 del 22/4/2020 "Ulteriore ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19. Integrazione dell'ordinanza n. 61 dell'11 aprile 2020.";
 - n. 69 del 24/4/2020 "Ulteriore ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19. Provvedimenti in merito ai territori della Provincia di Rimini e del Comune di Medicina."
 - Considerato che:
 - con nota PG/2020/0225400 del 16/3/2020 la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, in ottemperanza all'articolo 8 del Decreto-Legge 9 marzo 2020 n.14 (GU n. 62 del 9/3/2020), ha trasmesso le "Linee di indirizzo per la costituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale" nelle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna;
 - che con nota PG/2020/0240903 del 20/3/2020 la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, ha fornito ai Direttori Generali delle Aziende UU.SS.LL., ai Sindaci, ai Direttori di Distretto della regione Emilia-Romagna e agli enti gestori interessati prime indicazioni per i servizi territoriali sociosanitari e strutture residenziali per anziani e persone con disabilità inerenti le misure per il contrasto e il contenimento del diffondersi del virus COVID-19, nonché la situazione di difficoltà venutasi a creare in seguito all'emergenza;
 - con nota PG/2020/0244554 del 23/3/2020 la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare ha fornito ai Direttori Generali delle Aziende UU.SS.LL., ai Sindaci, ai Direttori di Distretto della regione Emilia-Romagna e ai gestori interessati precisazioni e indicazioni operative su come prevenire la diffusione delle infezioni da Covid-19 nelle strutture residenziali di diversa tipologia che ospitano persone anziane e persone con disabilità, a prescindere dal regime di convenzione o meno con il SSN, come proteggere gli operatori e come gestire eventuali casi sospetti o accertati di Covid-19;
 - con nota PG/2020/0246661 del 24/3/2020 a firma congiunta dei Responsabili dei Servizi Assistenza Territoriale e Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, relativamente all'Emergenza sanitaria COVID-19, si sono forniti ai Direttori Sanitari, ai Direttori dei Dipartimenti di Sanità Pubblica e ai Direttori dei Dipartimenti Cure Primarie delle Aziende UU.SS.LL. della Regione Emilia-Romagna aggiornamenti e indicazioni in merito alla gestione dei casi a domicilio e alla sorveglianza sanitaria dei contatti stretti; in particolare sottolineando l'esigenza di un adeguato raccordo tra

Dipartimenti di Sanità Pubblica e MMG/PLS al fine di assicurare, ognuno per le proprie competenze, le azioni di sanità pubblica e quelle di assistenza sanitaria previste a seguito dell'individuazione di casi sospetti di malattia;

- in data 25 marzo 2020, il Ministero della salute ha aggiornato le linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19, fermo restando quelle già contenute nelle circolari del Ministero della Salute n. 2619 del 29/2/2020, n. 2627 del 1/3/2020 e n. 7422 del 16/3/2020; in particolare, per l'Area Territoriale sono evidenziati la presa in carico dei pazienti COVID-19 e il ruolo essenziale delle U.S.C.A. nella gestione domiciliare dei pazienti affetti che non necessitano di ricovero ospedaliero, mentre per quanto riguarda le Residenze Sanitarie Assistite (RSA) si evidenzia la necessità di attivare una stretta sorveglianza e monitoraggio nonché il rafforzamento dei setting assistenziali nonché l'esigenza di identificare prioritariamente strutture residenziali assistenziali dedicate ove trasferire i pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, per evitare il diffondersi del contagio e potenziare il relativo setting assistenziale;

- con nota PG/2020/0279089 del 8/4/2020 la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare ha aggiornato e fornito ulteriori indicazioni in merito alla gestione dei casi a livello territoriale, in particolare sulla gestione dei casi in isolamento domiciliare e in struttura residenziale, in particolare le Case Residenze per Anziani, ritenendo utile affrontare più sistematicamente il tema del supporto che le Aziende Sanitarie devono fornire a tali strutture, rappresentando queste uno dei contesti a maggior rischio per la diffusione di COVID-19, sia fra gli ospiti che fra gli operatori;

Dato atto che con nota PG/2020/0292554 del 15/4/2020 della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare si è ritenuto utile rafforzare disposizioni già impartite al fine di imprimere un'ulteriore flessione negativa all'andamento dei contagi in particolare in ambito domestico tra i soggetti conviventi di persone quarantenate a domicilio per positività a COVID-19 e nelle strutture residenziali socio-sanitarie;

Considerato come il principale ambito a livello regionale nel quale si mantiene una elevata numerosità dei contagi è rappresentato dalla casistica dei soggetti conviventi di persone quarantenate a domicilio per positività a COVID-19. La rilevanza di tale contesto emerge dall'osservazione che i contagi fra conviventi risultino in media pari all'11,4% dei contagi totali se si considerano i casi dall'inizio dell'epidemia. Tale dato, considerando i dati dal primo di aprile ad oggi è pari al 18%, a dimostrazione di come, pur a fronte di una riduzione del numero dei contagi, la componente relativa a questa tipologia risulti percentualmente sempre più rilevante;

Considerato, inoltre come l'altro ambito a livello regionale in cui la numerosità dei nuovi casi non contribuisce significativamente ad una complessiva flessione negativa del fenomeno è rappresentato dalla casistica delle persone residenti in strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali che rappresentava il 7% dei contagi avvenuti dall'inizio dell'epidemia ma che nel periodo compreso fra il primo di aprile oggi ha visto aumentare l'incidenza sul totale fino a raggiungere il 15%;

Preso atto che tutte le Aziende U.U.S.S.L.L. della Regione Emilia-Romagna hanno già provveduto ad attivare le Unità Speciali di Continuità Assistenziale secondo le Linee di indirizzo regionali;

Considerata la disponibilità espressa dalla associazione

Emergency a supportare iniziative formative inerenti il contrasto della diffusione del contagio negli ambiti oggetto del presente atto;

Ritenuto opportuno e urgente, per tutto quanto sopra esposto, procedere all'approvazione dei due documenti sotto nominati, allegati quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento, e precisamente:

A) **"PIANO DI CONTRASTO ALLA DIFFUSIONE DI COVID-19 ALL'INTERNO DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI E DISABILI"** (Allegato 1),

B) **"PIANO DI CONTRASTO ALLA DIFFUSIONE DI COVID-19 IN AMBITO DOMESTICO"** (Allegato 2),

al fine di imprimere un ulteriore impulso alla riduzione della diffusione del contagio nella nostra regione e all'avvio tempestivo delle opportune terapie, a livello territoriale con particolare riferimento alle realtà a maggior rischio e avviare in modo ancor più tempestivo tutti gli interventi, anche terapeutici in tali ambiti;

Richiamati:

- la L.R. n. 19/1994 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e successive modifiche;

- la L.R. n. 43/2001 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modifiche;

- il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni" e ss.mm.ii.;

- la propria deliberazione n. 83 del 21 gennaio 2020 "Approvazione piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2020-2022";

Richiamate infine:

- la propria deliberazione n. 2416 del 29 dicembre 2008 avente per oggetto: "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e successive modificazioni;

- la propria deliberazione n. 468 del 10 aprile 2017 avente ad oggetto: "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna e le Circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017 relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni, predisposte in attuazione della propria deliberazione n. 468/2017;

Attesta la regolarità dell'istruttoria e dell'assenza di conflitti di interesse da parte del Responsabile del procedimento;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute

A voti unanimi e palesi

delibera

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

1) di approvare i documenti sotto nominati, allegati quali parti integranti e sostanziali del presente atto:

A) **“PIANO DI CONTRASTO ALLA DIFFUSIONE DI COVID-19 ALL’INTERNO DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI E DISABILI”** (Allegato 1),

B) **”PIANO DI CONTRASTO ALLA DIFFUSIONE DI COVID-19 IN AMBITO DOMESTICO”** (Allegato 2),

al fine di fornire a tutti i soggetti coinvolti strumenti atti a rafforzare gli interventi di contrasto alla diffusione di COVID-19 nell'assistenza territoriale, a favore delle persone in isolamento al domicilio o in strutture residenziali e dei loro contatti;

2) l'applicazione con decorrenza immediata, dei documenti al-

legati come parti integranti e sostanziali della presente deliberazione;

3) di dare atto che, per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa;

4) di pubblicare il presente provvedimento all'apposita sezione del portale “Salute” del sito web istituzionale della Regione Emilia-Romagna;

5) di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna Telematico.

Allegato parte integrante - 1

PIANO DI CONTRASTO ALLA DIFFUSIONE DI COVID-19 ALL'INTERNO DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI E DISABILI.

In relazione alla necessità di intervenire in modo quanto più radicale sulla diffusione di Covid 19 nelle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali per anziani e disabili, attesa l'esclusiva e completa responsabilità giuridica dei soggetti gestori in ordine agli aspetti organizzativi delle attività, si fornisce di seguito un'ipotesi di percorso da seguire per dare attuazione il più rapidamente possibile a quanto preconizzato con nota PG/2020/0292554 del 15/04/2020 recante "Ulteriori indicazioni per la riduzione delle occasioni di contagio da COVID-19".

Dai dati disponibili risulta che, all'aggiornamento più recente, sono presenti in regione:

- 414 Case Residenza per Anziani non autosufficienti, di cui 338 accreditate (21.205 posti totali, di cui 16.294 accreditati)
- 106 Centri Socio-Riabilitativi Residenziali per persone disabili, di cui 88 accreditati (1.651 posti totali, di cui 1.236 accreditati)
- 188 Case di riposo/case albergo per anziani (6.252 posti)
- 138 Comunità alloggio (1.827 posti)
- 397 Piccole strutture/comunità di tipo familiari per anziani (2.285 posti)
- 126 Piccole strutture/comunità di tipo familiari per persone disabili (688 posti)

I dati relativi ai casi aggiornati al 15 aprile evidenziano una presenza piuttosto diffusa di persone COVID-19 positive nelle strutture residenziali. Sono infatti 177 le strutture che hanno registrato almeno 1 caso, pari al 12,9% del totale. Il range numerico di casi presenti nelle strutture varia da 1 a 52 unità, con un'incidenza sul totale dei posti di ciascuna struttura interessata che oscilla da meno dell'1% al 62%.

Tali dati, insieme all'andamento temporale dei contagi e alla dotazione di personale disponibile nelle specifiche strutture, rappresentano tutti elementi da tenere presenti per porre in essere gli interventi più efficaci a garantire nel breve periodo l'interruzione della catena del contagio all'interno delle strutture.

L'intento di questo documento non è solo quello di rafforzare gli interventi già indicati, dapprima con nota PG/2020/0240903 del 20/03/2020 "Emergenza CoViD-19. Indicazioni per i servizi territoriali sociosanitari e strutture residenziali per anziani e persone con disabilità" e a seguire con nota PG/2020/244554 del 23/03/2020 Emergenza CoViD-19. Documento di precisazioni e indicazioni operative per le strutture residenziali per anziani e persone con disabilità" in particolare relativamente alle misure di isolamento e cohorting e la tempestività della diagnosi, che rappresenta la preconditione per avviare precocemente le terapie che consentono oggi di ridurre la carica virale e quindi la possibilità di contagio in comunità, ma anche di orientare le scelte che localmente dovranno essere fatte.

Tempestività della diagnosi

Per evitare la comparsa di focolai di infezione in una popolazione vulnerabile, l'identificazione precoce dei casi e il loro isolamento sono i due elementi fondamentali della strategia.

Il Medico di struttura (medico di assistenza primaria, medico di continuità assistenziale, medico specialista, medico dipendente della struttura), a fronte della comparsa di sintomi che possano far rientrare il caso nei criteri di caso sospetto, deve contattare il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP) per la programmazione dell'effettuazione del tampone naso-faringeo e disporre le modalità di gestione e le precauzioni da adottare in attesa degli approfondimenti diagnostici, laddove non sia necessaria l'ospedalizzazione immediata dell'ospite.

Il tampone nasofaringeo dovrà essere eseguito quanto prima affinché in caso di positività sia avviato il protocollo terapeutico definito a livello regionale entro 72 ore dalla comparsa dei sintomi, una tempistica più breve agirà positivamente sull'avvio delle misure terapeutiche e preventive.

Nelle strutture che hanno casi attivi al loro interno, in particolare laddove si tratti di focolai o di situazioni con maggiori rischi di trasmissione in relazione a competenze presenti, aspetti strutturali, caratteristiche degli ospiti, si ritiene di avviare una verifica della presenza del virus anche nei casi non già positivi, al fine di avere maggiori certezze nella messa in campo degli interventi sanitari ed organizzativi necessari a ridurre fino ad azzerare il contagio. Si dispone pertanto l'esecuzione del tampone sui soggetti che si trovino nelle situazioni soprarichiamate.

Sorveglianza dei contatti del caso

Per gli ospiti di una residenza/comunità presenti al momento della comparsa di uno o più casi con tampone positivo, pare indispensabile, portare la massima attenzione alla comparsa di sintomi anche lievi che potrebbero rappresentare la spia di un avvenuto contagio. In particolare, dovranno essere garantiti a tutti i residenti il monitoraggio biquotidiano della temperatura corporea, della sintomatologia e della saturazione arteriosa di ossigeno e valutare su tale base l'opportunità di sottoporli a nuovo test diagnostico con tampone, in raccordo con il Dipartimento di Sanità Pubblica.

A tal proposito, si ritiene infine particolarmente utile provvedere alla verifica del permanere dello stato di positività anche sugli ospiti attualmente asintomatici, che abbiano trascorso un periodo superiore alle 3 settimane dall'inizio della positività. In questo caso la diagnosi virologica viene posta con due tamponi negativi a distanza di almeno 24 ore, eseguiti dopo 14 giorni di assenza di sintomi.

Isolamento e cohorting

In attesa dell'esito del tampone, il medico dispone l'isolamento precauzionale dell'ospite, prevedendone la collocazione in stanza singola all'interno della struttura. L'accertata infezione da COVID comporta la necessità di valutare l'opportunità di far proseguire il soggiorno del residente risultato affetto da COVID-19 all'interno della struttura stessa in area già identificata come ZONA ROSSA, in ambienti completamente separati dagli ospiti non sintomatici e con assistenza da parte di personale dedicato. Laddove le condizioni logistiche e organizzative non consentano l'individuazione di nuclei residenziali specificatamente dedicati alla cura di persone colpite da COVID-19 (cohorting dei pazienti), o la numerosità dei casi in rapporto all'insieme delle presenze sia inferiore al 5% (quindi dell'ordine di poche unità o di una sola unità nel caso di piccole strutture di tipo familiare) si suggerisce il trasferimento del caso presso struttura esterna in accordo con la famiglia, nella consapevolezza che il trasferimento di pazienti fragili rappresenta in sé un problema per la persona ed i suoi cari e che tale orientamento è assunto esclusivamente con motivazioni connesse alla garanzia di massima tutela per la salute delle persone stesse.

Laddove l'ospite COVID-19 positivo sintomatico sia stato ospedalizzato, il Medico di struttura valuta attentamente il rientro in struttura a seguito di dimissioni dall'ospedale, attestata la completa guarigione clinica, inserendo l'anziano in camera singola per un periodo di isolamento cautelativo. In caso di pazienti già ricoverati, asintomatici e positivi, si raccomanda di ricorrere alle idonee misure di ricollocazione più oltre riportate.

In generale, nei casi in cui il cohorting interno non possa essere adeguatamente garantito, il Gestore, in collaborazione con l'Azienda sanitaria, a tutela della salute pubblica, dovrà individuare collocazioni esterne alternative, da definire sulla base della numerosità dei soggetti da trasferire e della loro tipologia (negativi, positivi, paucisintomatici), avendo a riferimento, indicativamente, le seguenti possibili soluzioni, elencate in ordine di possibilità di più rapida attivazione:

- strutture lungodegenziali o riabilitative di ospedalità privata accreditata. A tal proposito si è raccolta la disponibilità di AIOP ad accogliere persone anche direttamente da strutture socio-sanitarie su indicazione dei referenti sanitari delle strutture medesime o dei referenti sanitari delle AUSL. Le singole Aziende definiranno con le strutture interessate percorsi e modalità, avendo a riferimento l'obiettivo prioritario di interrompere la catena di contagio all'interno della struttura socio-sanitaria.
- aree ospedaliere/Ospedali di comunità individuati quali strutture dedicate, a livello provinciale o distrettuale, all'accoglienza di soggetti COVID-19 positivi.
- strutture residenziali socio-sanitarie individuate quali strutture dedicate, a livello provinciale o distrettuale, all'accoglienza di soggetti COVID-19 positivi ("CRA-COVID"). Pare opportuno valutare la necessità che in tali strutture sia garantita la continuità dell'assistenza sanitaria sulle 24 ore.
- strutture residenziali socio-sanitarie individuate quali strutture dedicate, a livello provinciale o distrettuale, all'accoglienza di soggetti COVID-19 negativi a supporto della possibilità di realizzare CRA-COVID.
- strutture alberghiere, alberghi termali, strutture di accoglienza non sanitaria. L'opportunità di valutare questa soluzione deve basarsi sulla idoneità assistenziale rispetto ai bisogni dell'utenza ed anche sulla loro ubicazione. Fermo restando che queste strutture, di norma, si rivolgono principalmente a persone autosufficienti o con lieve non autosufficienza che non necessitano di assistenza sanitaria, la gestione dell'ospitalità in tali strutture deve essere oggetto di specifiche istruzioni operative concordate con il soggetto che le mette a disposizione.

Come si è già detto, le soluzioni di cui trattasi, miranti alla interruzione della catena del contagio all'interno delle strutture, non devono in alcun caso sostituire le misure di prevenzione del contagio e di supporto alle strutture già richiamate da parte delle Aziende UsI. Per coordinare le attività di verifica, supporto e progettazione delle eventuali soluzioni specifiche, si ribadisce la necessità di istituire nell'ambito di ciascuna CTSS una task force interistituzionale, nella cui composizione sia garantita la presenza delle Aziende sanitarie di riferimento. Tale task force dovrà essere attivabile con immediatezza nel caso insorgano problematiche all'interno della struttura, valutare le proposte del gestore, sulla base della valutazione effettuata dalla Azienda USL territorialmente competente e delle motivazioni addotte dal gestore. In particolare relativamente alla possibilità di individuare strutture COVID dedicate, la task force dovrà promuovere attivamente tali soluzioni.

Elementi imprescindibili saranno sempre rappresentati, ripetiamo, dall'analisi delle effettive potenzialità assistenziali delle singole strutture di origine e del numero di pazienti COVID-19 positivi presenti.

Poiché la collocazione presso strutture aderenti ad AIOP avverrà in un contesto di tutela della salute pubblica e di riduzione del contagio gli oneri saranno a carico del SSR.

Misure di prevenzione per gli operatori delle strutture e vigilanza

Al fine di ridurre le possibilità di contagio degli ospiti da parte del personale che opera nelle residenze, ferma restando la responsabilità datoriale in capo ai Soggetti gestori, pubblici e privati, di verificare la corretta applicazione delle misure di prevenzione (comprese quelle di tipo igienico-sanitario) e il corretto utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale da parte di tutti gli operatori, le Aziende USL

supportano le Strutture in forma consulenziale ed anche attraverso la realizzazione di specifici percorsi di informazione, formazione/aggiornamento.

In occasione di sopralluoghi o interventi di supporto clinico-assistenziale nelle strutture, le Aziende USL evidenziano ai Gestori inadempienze o inadeguatezze nei comportamenti e nell'applicazione delle misure di prevenzione previste ed informano il Sindaco del territorio di riferimento circa lo stato della situazione osservata e le azioni correttive che sono richieste. Le stesse Aziende vigilano sull'effettiva realizzazione di tali azioni e, in caso di inerzia, provvedono a segnalare il caso alla CTSS.

Allegato parte integrante - 2

PIANO DI CONTRASTO ALLA DIFFUSIONE DI COVID-19 IN AMBITO DOMESTICO

Con nota PG/2020/0292554 del 15/04/2020 recante "Ulteriori indicazioni per la riduzione delle occasioni di contagio da COVID-19", sono state richiamate, rafforzandole, disposizioni già impartite relativamente al contenimento del numero dei contagi in ambito domestico. Ambito che sostiene una quota particolarmente significativa dei nuovi contagi registrati allo stato attuale.

Fin dall'inizio dell'epidemia in questa Regione si è definito un percorso complesso che si sviluppa a partire dalla segnalazione dei casi sospetti, attraverso l'isolamento precauzionale degli stessi, l'individuazione dei contatti stretti, la conferma diagnostica, il trattamento domiciliare per i soggetti asintomatici o con sintomatologia lieve, il monitoraggio delle condizioni di salute dei pazienti e dei contatti stretti fino alla guarigione clinica e alla dichiarazione di guarigione con conferma diagnostica. Tale percorso - che ha coinvolto i medici curanti, i dipartimenti di sanità pubblica e di cure primarie, le Unità speciali di continuità assistenziale, gli specialisti - è stato gradualmente applicato da tutte le Aziende sanitarie contribuendo in maniera rilevante alla riduzione dei nuovi contagi nella popolazione generale e all'aumento del numero dei soggetti che guariscono permanendo al domicilio.

Le fasi di questo percorso su cui si vuole ancora una volta richiamare l'attenzione sono: la tempestiva conferma diagnostica, l'isolamento stretto e la conferma diagnostica della guarigione.

Tempestività della diagnosi

Per evitare la comparsa di focolai di infezione intra-domestici e nella cerchia delle persone che condividono con il caso sospetto l'ambiente di vita (conviventi, condòmini), l'identificazione precoce dei casi e il loro isolamento stretto sono due elementi assolutamente fondamentali.

È quindi indispensabile che l'esecuzione del tampone naso-faringeo al caso sospetto e ai contatti conviventi avvenga quanto prima affinché, in caso di positività, sia avviato il protocollo terapeutico e di monitoraggio definito a livello regionale.

Le Aziende, di concerto col DSP, hanno definito dal punto di vista organizzativo quali soggetti effettuano materialmente il tampone (medici, infermieri, assistenti sanitari) e chi provveda al monitoraggio delle condizioni di salute anche nell'ambito di team operativi specifici (USCA, centrali di coordinamento, punti unici distrettuali), mettendo a punto in corso d'opera le strategie ritenute più efficaci e sostenibili per il territorio di riferimento.

Ciò detto la diagnosi tempestiva rappresenta il primo elemento che permette di evitare la diffusione del contagio ed è pertanto necessario far intercorrere il minor tempo possibile fra la segnalazione dei sintomi e l'esecuzione.

Isolamento (quarantena)

Sia per i casi sospetti o confermati di positività a COVID-19 in quarantena al domicilio sia per i soggetti conviventi, il corretto isolamento è da applicarsi costantemente verificando fin dal momento della prima valutazione del caso se esistano le condizioni perché sia rispettato. In tal senso è particolarmente utile valutare direttamente al domicilio tali condizioni sulla base di check-list predisposte di concerto con i DSP, in modo da corredare il provvedimento di quarantena con una completa informazione e responsabilizzazione delle persone interessate. Laddove, fin dall'inizio o durante le fasi di monitoraggio delle condizioni di salute e del rispetto dell'isolamento stretto¹, si

¹ Per la valutazione di alcune condizioni che non rendono possibile la quarantena domiciliare si riveda la nota PG/2020/0292554 del 15/04/2020

dovesse ravvisare l'inefficacia delle misure previste, alla persona COVID-19 positiva deve essere proposto lo svolgimento o il proseguimento della quarantena presso una struttura diversa dal domicilio. Tali strutture (alberghi, alberghi termali, strutture di accoglienza) dovranno garantire ospitalità alla persona COVID-19 positiva autosufficiente fino alla guarigione con la doppia negativizzazione del tampone, rispettando tutte le disposizioni quarantenali.

La fase di decisione della collocazione del quarantenato in luoghi diversi dalla residenza deve essere basata su elementi per quanto possibile standardizzabili e fare riferimento ad una specifica responsabilità.

Si ribadisce nuovamente che i soggetti che non possono trascorrere la quarantena al domicilio non devono essere ospedalizzati e che la collocazione alberghiera proposta dovrà essere la più idonea rispetto allo specifico caso. In fase di informazione rivestirà particolare rilievo il fatto di sottolineare l'importanza della corretta collocazione anche ai fini della tutela dei familiari e conviventi, mettendo in valore il significato positivo della misura.

La collocazione in struttura alberghiera in luogo della quarantena domiciliare può essere proposta anche per le persone dimesse dall'ospedale che, clinicamente guarite, non possono rientrare al domicilio in attesa di effettuazione dei due tamponi previsti o in attesa di negativizzazione. La Protezione Civile sta predisponendo per questa casistica un atto di convenzione regionale con Federalberghi e le aziende hanno comunque già proceduto in tal senso.

I soggetti in quarantena devono continuare ad essere monitorati ovunque siano collocati, anche attraverso gli strumenti della telemedicina e della teleassistenza psicologica, e gli operatori degli alberghi devono disporre di una figura sanitaria di riferimento che sia responsabile del monitoraggio e attivabile in caso di problemi. figura sanitaria

Poiché, come si è detto, al provvedimento di quarantena si accompagna la completa informazione circa gli obblighi e i comportamenti da adottare per il rispetto delle "RACCOMANDAZIONI PER PERSONE ALLE QUALI È STATA DISPOSTA PERMANENZA DOMICILIARE CON ISOLAMENTO E SORVEGLIANZA SANITARIA ATTIVA", nell'ottica di una piena responsabilizzazione della persona, pare utile accompagnare alla proposta di collocazione in struttura alberghiera un modulo di "consenso informato" da far sottoscrivere anche in caso di diniego.

Conferma diagnostica della guarigione

Un ulteriore elemento di attenzione riguarda l'esecuzione dei due tamponi diagnostici che, se negativi, consentono di dichiarare la persona guarita facendo cessare la quarantena e quindi anche l'allontanamento dal domicilio, laddove intervenuto. La tempestività della dichiarazione di guarigione diventa inoltre indispensabile in questa fase dell'epidemia in cui ci si appresta a far ripartire le attività. D'altra parte, le nuove potenzialità dei Laboratori regionali coinvolti consentono oggi di rispettare le tempistiche inizialmente previste per la conduzione anche di questa fase. L'utilizzo dei team operativi specifici di cui sopra può costituire un vantaggio anche da questo punto di vista.

COMUNICATO REDAZIONALE

Si comunica che con Legge regionale 6 luglio 2009, n. 7 (pubblicata nel BUR n. 117 del 7 luglio 2009) il Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna, dal 1 gennaio 2010, è redatto esclusivamente in forma digitale e consultabile on line. La Regione Emilia-Romagna garantisce l'accesso libero e gratuito a tutti i cittadini interessati tramite il proprio sito **<http://bur.regione.emilia-romagna.it>**

La consultazione gratuita del BURERT dal 1 gennaio 2010 è garantita anche presso gli Uffici Relazioni con il Pubblico e le Biblioteche della Regione e degli Enti Locali.

Presso i Comuni della Regione è inoltre disponibile in visione gratuita almeno una copia stampata dell'ultimo numero. È sempre possibile richiedere alla Redazione del BURERT l'invio a mezzo posta di una copia della pubblicazione dietro apposito pagamento in contrassegno.