

PIANO PANDEMICO PER IL CONTROLLO DELLA DIFFUSIONE DELL'INFEZIONE DA COVID -19

P.R.O.

Protezione-Riserva strategica-Organizzazione

PIANO OPERATIVO ANNUALE



Settembre 2020 - settembre 2021

A cura della Direzione Strategica:

Antonio Poggiana, Adele Maggiore, Eugenio Possamai, Maria Chiara Corti

Hanno contribuito:

Ofelia Altomare, Alessandro Balani, Giacomo Benedetti, Teresa Benazzi, Dario Bianchini, Antonella Bologna, Monica Bonetti, Marco Braida, Ariella Breda, Roberto Cerchi, Franco Cominotto, Consuelo Consales, Marco Confalonieri, Alessandro Cosenzi, Eleonora Croci, Pierlanfranco D'Agaro, Nicolò De Manzini, Carlo De Vuono, Barbara Gregoretti, Barbara Ianderca, Massimiliano Liberale, Alberto Lodi, Umberto Lucangelo, Roberto Luzzati, Luca Mascaretti, Corrado Negro, Maria Teresa Padovan, Alberto Peratoner, Romina Perossa, Matteo Picerna, Giuliana Pitacco, Daniele Pittioni, Elena Revelant, Daniele Riva, Giulio Rocco, Michele Rossetti, Maurizio Ruscio, Claudia Rusgnach, Fabio Samani, Sara Sanson, Paolo Schincariol, Cinzia Spagno, Marco Spanò, Tiziana Spessot, Cristiano Stea, Riccardo Tominz e il Nucleo Etico per la pratica clinica.

Segreteria di redazione: Claudia Ehrenfreund.

Citare questo documento come segue:

ASUGI - PIANO PANDEMICO PER IL CONTROLLO DELLA DIFFUSIONE DELL'INFEZIONE DA COVID -19
P.R.O. Protezione-Riserva strategica-Organizzazione
PIANO OPERATIVO ANNUALE SETTEMBRE 2020- SETTEMBRE 2021.

Il documento è scaricabile al seguente link:

https://asugi.sanita.fvg.it/it/schede/menu_piano/index.html

Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
ASU GI - 2020



INDICE E METODOLOGIA

1.	ABSTRACT	1
2.	INTRODUZIONE E SCOPO DEL PIANO	3
3.	RIFLESSIONI ETICHE IN TEMA DI COVID-19	5
4.	FASI/ MODALITA' DELLA RISPOSTA	10
4.1	UNITÀ DI CRISI-COORDINAMENTO	19
4.2	GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE	22
5.	AREE DELLA RISPOSTA.....	25
5.1	EMERGENZA URGENZA.....	25
5.2	AREA PRONTO SOCCORSO MEDICINA D'URGENZA	33
5.3	D.A.I. MEDICINA DEI SERVIZI-LABORATORIO - MICROBIOLOGIA - VIROLOGIA.....	61
5.3.1	PIANO TAMPONI.....	70
5.4	PREVENZIONE - IGIENE E SANITA' PUBBLICA.....	74
5.5	CURE PRIMARIE - MEDICINA DI FAMIGLIA - USCA - DISTRETTI	89
5.6	CURE RESIDENZIALI-QUARANTENA.....	106
5.7	DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA: NUOVI PERCORSI INTRAOSPEDALIERI.....	125
5.8	CURE OSPEDALIERE - AREA COVID	128
5.8.1	AREA INTENSIVA COVID	129
5.8.2	AREA SEMI-INTENSIVA COVID.....	131
5.8.3	AREA INFETTIVOLOGICA / INTERNISTICA COVID.....	131
5.8.4	AREA CHIRURGICA MULTIDISCIPLINARE COVID	132
5.9	AREA NON COVID CHIRURGICA E SPECIALISTICA.....	134
5.10	AREA NON COVID MEDICA	136
5.11	AREA AMBULATORIALE	138
5.12	AREA PEDIATRICA - ETA' SCOLARE.....	139
6.	SOSTEGNO ALLA RISPOSTA-STOCK-RISERVA STRATEGICA	150
6.1	GESTIONE DISPOSITIVI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI) E ALTRE SCORTE.....	150
6.1.1	MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE OPERATORI SANITARI	170
6.2	TECNOLOGIA SANITARIA, LOGISTICA E SPAZI	173
6.3	FORMAZIONE, EQUIPE PSICO-SOCIALE DELL'EMERGENZA	197
6.3.1	FORMAZIONE CONTINUA.....	197
6.3.2	EQUIPE PSICOSOCIALE DELL'EMERGENZA.....	202
6.4	TELEMEDICINA-IT CAPACITY.....	212
6.5	RISORSE UMANE - COMPARTO.....	215
6.5.1	AREA GIULIANA	215
6.5.2	AREA ISONTINA	223
6.6	RISORSE UMANE - DIRIGENZA.....	237
7.	MONITORAGGIO.....	243
7.1	CRUSCOTTO.....	243
7.2	REPORT	247
7.3	SCENARI	254
7.4	DATA MANAGEMENT E STRUMENTI INFORMATICI.....	258

1. ABSTRACT

L'11 agosto il Ministero della Salute e l'ISS hanno divulgato un documento con "Elementi di Preparazione e Risposta a COVID-19 nella stagione autunno-invernale" per verificare e rafforzare lo stato di preparazione (*preparedness*) nelle emergenze di sanità pubblica dei sistemi sanitari. Tra le raccomandazioni finali del documento vi è la "messa a punto di un piano operativo che verifichi e, se necessario, rafforzi lo stato di preparazione dei servizi sanitari in ambiti di particolare importanza" all'interno di un *logical framework* con tre ipotetici scenari definiti come lo scenario attuale (di sostanziale stabilità), uno scenario di ripresa dei contagi ed uno scenario pandemico, simile a quello sperimentato nella primavera del 2020.

Questo Piano è stato chiamato Piano PRO perché' vuole essere strumento di Protezione per gli assistiti e i lavoratori, vuole garantire la disponibilità di Riserve strategiche adeguate ad ogni possibile scenario, anche il peggiore, ed infine lo vuole fare attraverso un'Organizzazione anticipata delle attività e dei processi, per non dover agire frettolosamente in risposta all'emergenza e all'imponderabile.

Rispondendo a questo mandato, sono state identificate le fasi della risposta, le modalità, gli ambiti o aree della risposta e per ognuna di queste aree è stata declinata la diversa pianificazione a seconda del diverso scenario con l'obiettivo generale di far trovare pronta l'Azienda ad una nuova emergenza epidemica.

La risposta è stata e sarà modulata e diretta attraverso l'Unità di Crisi che, avvalendosi di cruscotti specifici (Covid helper), di strumenti e report di monitoraggio aziendali, regionali e nazionali potrà fornire risposte e dare indicazioni adeguate, tempestive e contestuali al cambiamento dello scenario epidemiologico.

Le aree della risposta sono i luoghi della cura dove la prima e fondamentale misura è e sarà la separazione fisica dei percorsi tra i soggetti sospetti COVID+, i soggetti COVID+ ed i soggetti COVID negativi a partire dalla prevenzione, dalla sorveglianza, dalle cure primarie e residenziali per continuare nel Pronto soccorso, nella medicina d'urgenza, nelle aree mediche, chirurgiche e nelle aree semintensive e intensive.

Sono state identificate aree di cura territoriali e ospedaliere dedicate solo ai pazienti COVID+ tra cui la base per la quarantena dei paucisintomatici presso il Lazzaretto di Muggia, la RSA San Giusto dedicata ai soggetti non-autosufficienti COVID+, le aree ospedaliere COVID+ che comprendono l'area infettivologica-internistica, l'area semintensiva pneumologica, l'area intensiva e chirurgica multidisciplinare COVID+ con diversi e graduali meccanismi di "scaling up" dei posti e delle risorse umane a seconda della situazione epidemiologica.

Per tutte queste aree sono state identificate tre diverse fasi di attivazione con posti letto, risorse umane e tecnologia in incremento per la parte COVID e in parziale depotenziamento per la parte non-

COVID. La risposta ospedaliera sarà declinata diversamente nella parte triestina, dove si attiveranno tutti i reparti COVID e nella parte goriziana dove non si attiveranno reparti COVID ma dove dovranno essere garantite la maggior parte delle attività ospedaliere routinarie insieme alle attività trasferite dall'area triestina. Con questa strategia a vasi comunicanti ASUGI vuole continuare a garantire cure efficaci ai suoi assistiti e scongiurare gli effetti di un secondo lock-down sanitario che, in fase pandemica, ha visto la rinuncia alle cure di molti pazienti e la cancellazione di molte attività elettive ritenute differibili con ricadute negative sulla salute della popolazione ancora da quantificare integralmente.

A sostegno della risposta, l'Azienda ha censito, acquisito e messo a disposizione stock di riserve strategiche tra cui dispositivi di protezione individuale, apparecchiature tecnologiche, farmaci, reattivi di laboratorio, ossigeno, spazi, servizi, logistica e, soprattutto personale.

Con ripetute iniziative di reclutamento di personale di comparto e dirigenziale, ASUGI sta garantendo non solo il turn-over del personale ma anche l'acquisizione di numerose figure professionali che durante la pandemia sono risultate in carenza e a rischio *burn-out*. Medici specialisti dell'area intensiva, internistica-pneumologica, igienisti, infermieri, assistenti sanitari, tecnici di laboratorio si sono rivelati insostituibili e sono attualmente oggetto di procedure selettive per poterne acquisire numeri adeguati ad affrontare i peggiori scenari pandemici. Persino le figure degli operatori socio-sanitari sono state di difficile reperimento quando si è trattato di affiancare le strutture residenziali nella sostituzione di operatori malati o in quarantena.

L'Azienda ha attivato e mantiene funzionante una rete di supporto psicologico per affrontare le necessità specifiche sia dei professionisti sia della popolazione contagiata e dei loro familiari.

Per il personale in servizio e quello neo-assunto, grande attenzione è stata data alla formazione continua con iniziative di training mirato alle nuove emergenze e di *retraining* di personale che possa essere considerato come risorsa dormiente, attivabile in caso di recrudescenza come riserva.

In conclusione, questo **Piano PRO**, elaborato in modo corale, valorizzando al massimo le specificità e professionalità patrimonio di questa Azienda, vuole essere una prima risposta alla chiamata "siete pronti?" lanciata dal Ministero e dall'ISS l'11 agosto, ma anche uno **strumento operativo** di immediato utilizzo e di facile consultabilità nei prossimi mesi, quando l'epidemia da SARS-Cov-2 seguirà il suo corso, questa volta senza coglierci di sorpresa.

2. INTRODUZIONE E SCOPO DEL PIANO

L'epidemia da COVID-19, iniziata in Italia il 30 gennaio ed in Friuli Venezia Giulia il 26 febbraio 2020 ha rappresentato un evento ed una sfida senza precedenti nella storia del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale dalla data della sua istituzione.

Dal 26 febbraio al 20 settembre, la regione FVG ha registrato 4.404 positivi al test/tampone, di cui 1.963 in ASUGI. Il picco epidemico è stato registrato sia per l'Italia che per il FVG il 3 aprile, data di massima occupazione dei posti letto di terapia intensiva, 61 per la Regione FVG. La fase di esplosione dell'epidemia in ASUGI è coincisa con una trasmissione nosocomiale dell'infezione che, colpendo numerosi operatori sanitari in servizio in ospedale, ha contribuito a decurtare ulteriormente il personale già impiegato al massimo delle sue capacità nell'epidemia.

Anche per questo motivo le aree di emergenza urgenza e gli ospedali sono stati radicalmente riorganizzati nei percorsi e nell'erogazione delle prestazioni, per impedire l'ulteriore propagarsi dell'infezione a pazienti ed operatori. I percorsi di accesso ai servizi sono stati separati per filtrare i sospetti fin dall'ingresso in struttura, diversi reparti ospedalieri sono stati riconvertiti per accogliere solo pazienti COVID-19, le terapie intensive hanno più che raddoppiato la capacità ricettiva e hanno sempre garantito cure intensive e semintensive a chi ne aveva l'indicazione. Contemporaneamente sono state bloccate tutte le procedure elettive per patologie non -tempo dipendenti e le attività ambulatoriali sono state limitate solo a quelle urgenti e non differibili.

Dal 3 aprile la curva epidemica, dopo aver raggiunto il picco di ricoveri in terapia intensiva, ha iniziato la fase discendente. Alla data del 20 settembre in ASUGI sono stati registrati 1.963 casi e sul campo sono stati contati 206 decessi, l'ultimo registrato il 26 settembre. A fine giugno la curva epidemica aveva fatto registrare zero contagi per diversi giorni consecutivi, creando aspettativa di poter rientrare in una fase di normalità. Invece siamo in una fase di transizione da una fase epidemica ad una Fase di stabilità che continua a registrare nuovi contagi, prevalentemente di provenienza dai paesi balcanici o dai luoghi di villeggiatura o dalla ripresa di attività sociali, fortunatamente associati a manifestazioni cliniche contenute.

L'Azienda ASUGI, dimostrando resilienza e capacità di recupero dopo lo shock epidemico della Fase 1, sta progressivamente riattivando tutti i servizi, rimodulando i percorsi e riprendendo le attività sanitarie che erano entrate in lock-down a causa dell'emergenza. Superata la fase 1 più acuta dell'epidemia, l'Azienda sta la fase di convivenza con il virus. In questa seconda fase, sono ancora in vigore misure di prevenzione, contenimento e mitigazione dell'infezione, limitazioni sociali, e misure di controllo della mobilità pur essendo riprese la maggior parte delle attività produttive ed essendo riaperte le scuole.

La consapevolezza che l'emergenza COVID-19 non è ancora finita, che l'epidemia sta colpendo ora in particolare paesi limitrofi europei ma anche regioni italiane , che al momento della scrittura di questo piano, ci sono in ASUGI diversi nuovi focolai di positivi sia nella popolazione generale che in

alcune strutture residenziali, ha fatto emergere la necessità di affrontare il futuro non tanto discutendo il passato, ma pianificando e preparando una risposta rapida e competente alla ripresa del contagio.

L'11 agosto, l'Istituto Superiore di Sanità, si è fatto portavoce di questa esigenza e ha pubblicato il documento "*Elementi di preparazione e risposta a COVID-19 nella stagione autunno-invernale*"¹ definendo la *Preparedness* nelle emergenze di sanità pubblica come quell'insieme di attività volte a minimizzare i rischi posti dalle malattie infettive e a mitigare il loro impatto durante una emergenza di sanità pubblica. Durante queste emergenze sono richieste capacità di pianificazione, coordinamento, diagnosi tempestiva, valutazione, indagine, risposta e pianificazione.

Se l'epidemia da COVID-19 ci ha dunque trovato impreparati a febbraio, la ripresa di contagi che si sta osservando in questo periodo, non può sorprenderci senza esserci preparati con un accurato piano pandemico operativo, come raccomandato dal Documento dell'ISS al punto 3. Operativamente, il piano pandemico che segue vuole rispondere al mandato ministeriale e dell'ISS, capitalizzare sull'esperienza vissuta, utilizzare al meglio le capacità acquisite, valorizzare le riserve strategiche stoccate, documentare la riorganizzazione e guidare l'azienda attraverso le diverse fasi del contagio, dalla fase di stabilità alla fase di ripresa dei contagi, sperando di non dover affrontare una nuova fase pandemica².

Non si tratta di un piano per le maxi emergenze catastrofiche, ma un piano per emergenze di tipo epidemico e dunque ad evoluzione progressiva. Il piano definisce strumenti di attento monitoraggio per capire quando si transizione da una fase all'altra.

Dovessimo trovarci comunque di fronte ad una ripresa dei contagi e ad una nuova fase pandemica, con gli strumenti messi a disposizione dal Piano dovremmo essere in grado di affrontare l'epidemia massimizzando il contenimento, favorendo il ritardo nella diffusione, mitigando le conseguenze e gli esiti negativi della malattia da COVID-19³.

Un altro obiettivo irrinunciabile del Piano è quello di evitare o minimizzare la chiusura e l'interruzione delle attività sanitarie differibili che ha invece caratterizzato la fase 1 dell'epidemia, con inevitabili strascichi di prestazioni arretrate da recuperare, allungamento delle liste di attesa e con dimostrati esiti negativi sulla salute di pazienti che hanno rinunciato a terapie per paura del contagio o per inaccessibilità alle prestazioni bloccate⁴.

Riferimenti

1. Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità. Elementi di preparazione e risposta a COVID-19 nella stagione autunno-invernale. <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=75670&parte=1%20&serie=null>
2. Boccia S, Ricciardi W, Ioannidis JPA. What Other Countries Can Learn From Italy During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Intern Med.* 2020;180(7):927-928. doi:10.1001/jamainternmed.2020.1447:
3. Bigelow BF, Tang O, Barshick B, et al. Outcomes of Universal COVID-19 Testing Following Detection of Incident Cases in 11 Long-term Care Facilities. *JAMA Intern Med.* Published online July 14, 2020. doi:10.1001/jamainternmed.2020.3738.
4. Asch DA. Opening Hospitals to More Patients During the COVID-19 Pandemic—Making It Safe and Making It Feel Safe. *JAMA Intern Med.* Published online May 27, 2020. doi:10.1001/jamainternmed.2020.262

3. RIFLESSIONI ETICHE IN TEMA DI COVID-19

Nucleo Etico per la pratica clinica

La pandemia da COVID-19 ha colpito la nostra società ed il servizio sanitario inaspettatamente, molto rapidamente e con forza ¹.

La tutela della salute pubblica e la difesa della vita delle persone contagiate hanno imposto una significativa limitazione di molti diritti e libertà fondamentali (circolazione, rapporti affettivi, riunione, lavoro, istruzione, culto, iniziativa economica), limitazioni giustificate sul piano etico e costituzionale dal dovere di solidarietà nei confronti degli Altri ed in particolare dei soggetti più fragili ¹.

Nella prima fase della pandemia, la prospettiva di potersi trovare in una situazione di risorse insufficienti per far fronte alle necessità di tutti i malati ha imposto una riflessione sui criteri di accesso alle cure ^{2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11}.

Tuttavia la pandemia e le strategie per affrontarla hanno evidenziato altre questioni etiche che meritano confronto e riflessione, tanto più in considerazione della durata e di una possibile riacutizzazione.

Il rispetto del **principio di autonomia** impone di coinvolgere - ove possibile - la persona nelle scelte cliniche che la riguardano, informandola del decorso della patologia e delle opzioni terapeutiche a disposizione e di quelle sperimentali, permettendole così di esprimere una preferenza consapevole (che può anche consistere nel rifiuto di alcuni trattamenti prospettati ¹², come stabilito anche dalla Legge 219/2017 ¹³.

“Deve essere considerata con attenzione l’eventuale presenza di volontà precedentemente espresse dai pazienti attraverso eventuali DAT (disposizioni anticipate di trattamento) e, in modo particolare, quanto definito (e insieme ai curanti) da parte delle persone che stanno già attraversando il tempo della malattia cronica attraverso una pianificazione condivisa delle cure²”.

Nel caso dell’adulto incapace naturale, *“nel contesto di una ineludibile relazione con le persone di riferimento (familiari, la parte dell’unione civile, il convivente ovvero una persona che risulti di fiducia del paziente medesimo) elemento primario nell’assenza delle DAT (fatto questo che per lungo tempo si proporrà come scenario più frequente) diviene la conoscenza delle eventuali volontà di trattamento espresse anticipatamente. Si tratta in buona sostanza di verificare in modo compiuto l’assenza di un precedente manifestato dissenso a trattamenti diagnostico terapeutici quali quelli cui si dovrebbe dare seguito altresì provvedendo a formalizzare l’attività ricognitiva svolta ed i suoi esiti nella cartella clinica”* ¹⁴.

*Il **principio di beneficenza** esige che i trattamenti siano clinicamente appropriati ed eticamente proporzionati, al fine di non intraprendere procedure i cui prevedibili rischi superano i benefici attesi, o i cui costi, da intendersi in senso ampio e sotto molteplici profili, siano ritenuti eccessivi dal paziente¹².*

La sperimentazione clinica costituisce un valore e va incentivata, soprattutto in rapporto alle possibilità di approfondire la biologia del virus, i meccanismi patologici e le strategie terapeutiche, rispettando sempre i principi delle *Good Clinical Practice*.

Il **principio di non maleficenza** vuole che si ponga particolare attenzione ad evitare la sofferenza ed il dolore. Gli operatori sanitari hanno la responsabilità etica di non abbandonare la persona malata e

garantire l'accompagnamento ad una morte dignitosa. Pur nella estrema difficoltà, ogni persona, indipendentemente dal fatto che riceva o non riceva servizi di terapia intensiva, che si trovi al proprio domicilio o in una struttura residenziale, deve essere trattata con compassione e rispetto per la sua dignità, rispettando le sue credenze spirituali e religiose, ricevendo sollievo dal dolore, sedazione e/o cure palliative¹⁵, e mettendo in atto, laddove possibile, tutti quelle azioni che le consentono l'avvicinamento alla propria cerchia affettiva (ad es. con l'uso di dispositivi mobili). Pari rispetto e comprensione sono dovute ai familiari cui è anche ostacolato il processo di elaborazione del lutto.

La necessità di contenere il rischio di contagio ha imposto l'isolamento rigoroso dei malati ed il distanziamento sociale. La conseguente limitazione dei rapporti umani è stata particolarmente onerosa per tutti i soggetti fragili, si pensi alle persone accolte nelle strutture residenziali che per lunghi periodi non hanno potuto ricevere le visite dei familiari; le persone malate hanno affrontato il dolore e la morte senza il conforto di un contatto affettivo, senza la possibilità del congedo; i familiari sono stati privati della consolazione che viene dall'accompagnamento e dalla vicinanza con i propri cari; i professionisti sanitari e gli operatori hanno vissuto in prima persona situazioni angoscianti¹. Pare necessario avviare, in ciascun servizio, ospedaliero e territoriale, una revisione critica delle procedure e degli strumenti operativi, al fine di individuare strategie che consentano di rispettare le norme di sicurezza e al contempo mantenere la centralità della relazione, i contatti con i familiari, anche ricorrendo all'aiuto di volontari^{16,17}.

Il distanziamento sociale è risultato particolarmente critico ed oneroso, soprattutto per le persone più vulnerabili (per esempio: anziani, minori con bisogni speciali, famiglie a rischio di violenza domestica, ...).

L'impatto della pandemia in corso sulla nostra società è stato profondo e non ancora ben quantificabile, in termini sanitari, sociali, economici, emotivi e relazionali. Sappiamo tuttavia fin d'ora che l'emergenza ha colpito più duramente chi già viveva situazioni di fragilità, e ciò avrà significative conseguenze sociali e sanitarie.

Questo quadro impone due obblighi etici, da ottemperare in collaborazione con l'ampia rete di solidarietà e volontariato attiva sul territorio: da un lato, operare un monitoraggio delle situazioni di crisi economica, sociale, relazionale; dall'altro, progettare e attuare interventi per lenire le ferite e far sentire la vicinanza della comunità, così da riaprire spazi di speranza e futuro. Ciò sarà possibile sviluppando programmi comunitari e di rete, per valorizzare le risorse delle comunità locali e promuovere reti di solidarietà e prossimità¹.

I principi di **non maleficenza** e di **giustizia** impongono altresì tutela della **sicurezza** dei professionisti sanitari e di tutti gli operatori, che a diverso titolo sono impegnati nella cura, nell'assistenza e nell'approvvigionamento delle risorse ed in generale nel funzionamento dei servizi. La disponibilità di dispositivi di sicurezza (DPI) adeguati alle attività svolte e l'organizzazione di turnazioni sostenibili rappresentano il prerequisito per evitare il diffondersi della pandemia e per garantire la dotazione quantitativa di personale.

Il personale ha *l'obbligo di applicare la protezione personale attraverso i comportamenti, le buone pratiche ed il corretto uso dei DPI*¹⁸, anche al fine di ottimizzarne i consumi. I professionisti esperti hanno la responsabilità, anche etica, di sostenere ed aiutare il personale con poca esperienza a sviluppare le competenze necessarie ad operare in sicurezza. È necessario promuovere un buon clima organizzativo

che favorisca l'apprendimento, attraverso lo scambio di esperienze e la riflessione critica sulle pratiche e sugli esiti.

Vanno promosse ed incentivate le attività di formazione per adeguare le competenze tecnico-professionali e relazionali degli operatori necessarie per assistere le persone affette da COVID-19, supportare familiari e *caregiver* nonché mantenere un clima lavorativo sostenibile

Il carico emotivo, cui sono stati sottoposti i malati, i familiari e gli operatori, impone di garantire supporto psicologico, e favorire la realizzazione di iniziative che consentano la condivisione e l'elaborazione delle esperienze vissute ¹⁹.

Il principio di giustizia richiama poi l'attenzione sull'esigenza di garantire a ciascuno - riconosciuto pari agli altri sul piano della dignità, sotto tutti i profili - il più alto standard di cure mediche compatibile con un'equa distribuzione delle risorse a disposizione ¹².

La riorganizzazione delle attività sanitarie imposta dall'epidemia ha comportato una contrazione dell'offerta dei servizi di prevenzione, diagnosi e trattamento. La paura del contagio ha determinato una contrazione della domanda. È ragionevole ipotizzare che i problemi di salute di alcune persone si siano aggravati ¹.

È necessario informare e sensibilizzare la popolazione sui segni e sintomi delle patologie il cui esito è fortemente dipendente dai tempi di accesso alle cure; sulla sicurezza dei Pronti soccorsi anche durante l'emergenza COVID-19¹ e rinforzare le strategie di presa in carico proattiva nei confronti delle persone affette da patologie croniche; coloro che non possono interrompere l'iter diagnostico e terapeutico, come ad esempio i *cancer survivor*, devono poter continuare a fruire delle cure in sicurezza. È necessario garantire percorsi, sale operatorie e di diagnostica differenziati nonché personale dedicato per i malati positivi al test SARS-Cov-2 e verificare che nelle aree NO COVID accedano solo persone SARS-Cov-2 negative ²⁰.

A Trieste, fortunatamente, l'emergenza COVID-19 non ha raggiunto livelli tali da imporre scelte di razionamento rispetto alle necessità dei singoli malati ed è probabile, oltre che auspicabile, che ciò non accadrà neanche in futuro; tuttavia, qualora si verificasse tale necessità, sarebbe necessario:

- Escludere l'ordine di arrivo quale criterio di priorità ^{9, 10};
- definire anticipatamente e rendere pubblici i criteri che saranno utilizzati per definire le priorità d'accesso alle cure intensive (trasparenza), *per evitare l'arbitrio e l'improvvisazione nelle situazioni di emergenza* ³ nonché dare l'opportunità a ciascuno di scegliere se accedere alle strutture sanitarie e a quali strategie di trattamento aderire;
- ricercare ed esperire altre soluzioni basate su una condivisione in rete delle risorse allocate in diverse strutture operative locali, aziendali, regionali ed extraregionali ¹²;
- solo qualora ciò non risultasse possibile o bastevole, dare priorità d'accesso alle cure intensive a coloro che si prevede possano beneficiarne maggiormente, sulla base della valutazione di molteplici dimensioni, al di fuori di ogni automatismo ¹²;
- condividere, per quanto possibile anche nelle situazioni di urgenza e di emergenza, le scelte che riguardano i singoli malati tra più operatori, con gli altri curanti e, laddove possibile con il malato e con i familiari ². Un tanto a garanzia della qualità etica delle decisioni nonché per sollevare i professionisti dal peso della scelta individuale ^{9, 10};

¹ La diminuzione dei ricoveri per Ictus e ischemia cerebrale, in 81 centri italiani, ha raggiunto quasi il 50% ²¹

- tener conto delle scelte individuali della persona, ovvero dei desideri attuali o di quelli precedentemente espressi (DAT e pianificazione anticipata delle cure) ¹³;
- essere riviste ed aggiornate in rapporto alle condizioni (prognosi, emergere di nuove alternative terapeutiche e alla disponibilità di risorse);
- la decisione di porre una limitazione alle cure dovrebbe essere comunque sempre motivata, comunicata e documentata.

Quanto è accaduto, sta ancora accadendo e potrebbe ripresentarsi in futuro rappresenta anche una grande opportunità di confronto di esperienze e di riflessione, che il Nucleo etico per la pratica clinica è disponibile a supportare e sostenere.

Riferimenti

1. Nucleo Etico per la Pratica Clinica Azienda sanitaria Universitaria Friuli Centrale. Riflessioni etiche a servizio della ripartenza. Spunti per riannodare le relazioni di cura e di fiducia al tempo del COVID-19.
2. S.I.A.A.R.T.I., Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili, Versione 01, 06.03.2020), <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2675063.pdf>
3. Pontificia Accademia per la Vita. Pandemia e fraternità universale. Nota sulla emergenza da Covid-19. 30 marzo 2020
http://www.academyforlife.va/content/dam/pav/documenti%20pdf/2020/Nota%20Covid19/Nota%20su%20emergenza%20Covid-19_ITA_.pdf
4. Comitato Nazionale per la Bioetica. Covid -19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica", 15 aprile 2020.
<http://bioetica.governo.it/italiano/documenti/pareri-e-risposte/covid-19-la-decisione-clinica-in-condizioni-di-carenza-di-risorse-e-il-criterio-del-triage-in-emergenza-pandemica/>
5. Alzheimer Europe. La posizione di Alzheimer Europe rispetto alla distribuzione delle scarse risorse sanitarie per i servizi di terapia intensiva durante la pandemia da COVID-19, 3 aprile 2020.
<https://aito.it/sites/default/files/Alzheimer%20Europe%20COVID-19.pdf>
6. Karolinska Institute. Beslutsstod for ansvariga lakare vid beslut om att inleda och avbryta intensivvard, 9 aprile 2020
<https://www.aftonbladet.se/nyheter/samhalle/a/IAyePy/dokument-visar-de-prioriteras-bort-fran-intensivvard>
ultima consultazione luglio 2020
7. White D.B., Lo B., A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic, *JAMA*. doi:10.1001/jama.2020.5046
<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763953>
8. University of Pittsburgh. Allocation of Scarce Critical Resources During a Public Health Emergency. eAppendix. Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency
https://cdn.jamanetwork.com/ama/content_public/journal/jama/0/jvp200068supp1_prod.pdf?Expires=2147483647&Signature=C3KlyQ0QbdRPtcpgUNtx63cPL~kIVRY2eDcuGqfOeBltw9~fkSc3rUPzfpQfKVVWGJihbdsuezJQwgSWt~fe-HccvNlr46E~Gm9hj2vM5HCemp9ZGnNGRocQ46l8RdzO5anrtliRWTVyIM55x~SEr0whsJg1qqMGiCs6HXOpRShX41crrd9B6HEhpn32vy2F3eULrWvECbfe4yzx7ztOMvC0IHd2t8UolOrR2gDnbvnhto1Mncguh5J6NRodVv wfz16kTd5poPNh~IUJgjlHZhJCaYKVR0KliWF9e1v2RLs7Lr1EZ-K5xno6zhvuBzsEhh86EWGLyhDRDWD5rh8aQ_&Key-Pair-Id=APKAIE5G5CRDK6RD3PGA
9. Piccinini MA, Aprile A, Benciolini P, Busatta L, Cadamuro E, Malacarne P et al. Considerazioni etiche, deontologiche e giuridiche sul documento S.I.I.A.R.T.I., Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili. *Recenti Prog Med* 2020; 111:212-222
10. Spinsanti S., Le scelte tragiche. *Rivista italiana di cure palliative* 2020; 22: 110-112.

11. Lo Scalzo A., Allocare risorse mediche scarse in modo equo durante la pandemia da COVID-19. *Care* 2020; 1-2: 8-9.
12. Azienda Ospedale-Università Padova, Emergenza COVID-19: note del Comitato Etico per la pratica clinica dell'adulto, 19 marzo 2020.
https://www.aopd.veneto.it/all/Emergenza_Covid-19_note_del_Comitato_Etico_per_la_Pratica_Clinica_delladulto.pdf
13. Legge 22 dicembre 2017, n. 219, Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento, G.U. Serie Generale, n. 12 del 16 gennaio 2018.
14. Nucleo etico per la pratica clinica di ASUITs, Il trattamento sanitario dell'adulto incapace naturale, 22 ottobre 2018.
https://asugi.sanita.fvg.it/export/sites/aas1/it/documenti/all_dss/mat_info/dss_nepc_tratt_san_adulto_incapac_e_naturale.pdf
15. Garetto F., Seminara M., Fabbri S., Baloro B., Buffoni L. Valle A., Le cure palliative durante il COVID-19: affrontare l'emergenza, ripensare il futuro? *Rivista italiana di cure palliative* 2020; 22:87-93
16. SIAARTI, Aniarti, SICP, SIMEU, Come comunicare con i familiari in condizioni di completo isolamento, 18.04.2020
<http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Come%20comunicare%20con%20i%20familiari%20in%20condizioni%20di%20completo%20isolamento.pdf>
17. Istituto Superiore di Sanità, Comunicazione in emergenza nei reparti COVID-19. Aspetti di etica. Versione del 25 maggio 2020.
<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/rapporto-covid-19-40-2020.pdf>
18. Siiet, Simeu, Cosmeu, Acemc, Siems, Siaarti, Aaroi Emac, Aniarti, Documento intersocietario, 18 marzo 2020.
<https://www.aaroiemac.it/uploads/SalaStampa/Comunicati%20Stampa/2020/Documento%20intersocietario.pdf>
19. Magno S., Self-care per operatori sanitari. *Recenti Prog Med* 2020; 111:205-6.
20. Fondazione AIOM, Decalogo per le istituzioni, 22 aprile 2020.
<https://www.fondazioneaiom.it/infezione-da-coronavirus-covid-19-e-pazienti-oncologici-cosa-fare/>
21. Ricoveri per ictus dimezzati, è l'effetto del Covid-19?
<https://www.pharmastar.it/news/neuro/ricoveri-per-ictus-dimezzati-leffetto-covid-19-31811>
ultima consultazione luglio 2020

4. FASI/ MODALITA' DELLA RISPOSTA

Contenimento, ritardo, mitigazione, analisi e utilizzo dei dati

Nell'affrontare una nuova epidemia, la prima emergenza è quella della quantificazione del fenomeno e della risposta alla domanda:

“quanti sono oggi e quanti saranno gli ammalati nei prossimi giorni?”

Le domande successive che un sistema sanitario si pone sono:

“come posso contenere l'infezione e interrompere (o ritardare) la catena di trasmissione?” e

“come posso ridurre le conseguenze e le complicanze della malattia (mitigazione) in modo che il mio sistema sanitario non collassi a fronte di una domanda eccessiva?”

La prima risposta viene dunque dalla raccolta dei dati e dalla elaborazione delle informazioni epidemiologiche per dare una risposta tempestiva in tempo di crisi epidemica (Fase pandemica) e per pianificare una risposta organizzata e articolata durante la fase di riduzione della pressione sul sistema delle cure (Fase di stabilità). Il passaggio dalla fase di stabilità alla fase pandemica avviene attraverso il passaggio per una fase di cosiddetta ripresa dei contagi che è caratterizzata da un peggioramento dei parametri utilizzati in epidemiologia per descrivere e monitorare l'andamento della trasmissione.

La metrica principale per descrivere le modalità di trasmissione epidemica è il numero di riproduzione di base (R_0) che misura il numero medio di individui in una popolazione di suscettibili che vengono infettati da una singola persona contagiosa. Questo parametro misura la potenziale trasmissibilità di una malattia infettiva come l'infezione da SARS-COV-2 nella sua fase iniziale in una popolazione suscettibile.

Così se l' R_0 di una malattia infettiva è circa 2, significa che in media un singolo malato infetterà due persone. Quanto maggiore è il valore di R_0 e tanto più elevato è il rischio di diffusione dell'epidemia. Se invece il valore di R_0 è inferiore ad 1, significa che l'epidemia può essere rallentata e contenuta. R_0 è funzione della probabilità di trasmissione per singolo contatto tra una persona infetta (I) ed una suscettibile (S), del numero dei contatti esposti (E) alla persona infetta e della durata dell'infettività che per il COVID-19 è stata postulata intorno ai 14 giorni.

Senza la disponibilità di un vaccino o di una terapia che riduca la carica virale la probabilità di trasmissione e la durata dell'infettività non sono modificabili ma, la tempestiva diagnosi microbiologica, l'identificazione della persona infetta, e la limitazione dei suoi contatti sociali con altri soggetti suscettibili può determinare una riduzione del R_0 .

All'inizio dell'epidemia da SARS-CoV-2, L'Istituto Superiore di Sanità ha stimato che l' R_0 nelle regioni colpite all'inizio dell'epidemia fosse nel range di 2.13-3.3.

Dopo l'applicazione di misure igienico sanitarie e sociali atte a contenere la trasmissione virale, l' R_0 può essere ricalcolato e spesso viene rinominato R_t o indice di trasmissione che indica il tasso di contagiosità dopo l'applicazione di misure di contenimento. Quindi l' R_0 resta un indicatore della contagiosità di un patogeno all'esordio dell'epidemia, quando non sono presenti misure di contenimento del contagio, mentre R_t riflette e misura il risultato di tutte le iniziative di sanità pubblica messe in campo per ridurre (contenere) il contagio nella popolazione, in assenza di altre misure, quali il vaccino, che potrebbero ridurre il numero dei suscettibili.

I modelli predittivi utilizzati per la patologie infettive sono chiamati modelli REIS (*Recovered, Exposed, Infected, Susceptibles*) ed hanno di solito un orizzonte temporale di circa 14 giorni perché si basano sul numero degli infettati (I) che è in funzione della contagiosità e del periodo di incubazione della malattia, sul numero di suscettibili (S), sul tasso di rimozione (guarigione o decesso) (R) e sul numero degli esposti (E) che è in funzione del distanziamento sociale messo in campo con le misure di *lock-down* o confinamento.

LE FASI DELL'EPIDEMIA:

Come già citato nell'Introduzione di questo Piano, l'11 agosto il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità hanno trasmesso un documento alle regioni suggerendo con "Elementi di preparazione e risposta a COVID-19 nella stagione autunno-invernale" tre possibili scenari epidemici da utilizzare come *logical framework* per programmare azioni modulari di risposta, che vengono di seguito riassunti.

1) FASE PANDEMICA (scenario- 3-4)

È stata la fase registrata in Italia a partire dal 21 febbraio, quando l'epidemia da Covid-19 è esplosa esponenzialmente in tre regioni italiane tra cui la Lombardia, l'Emilia Romagna e il Veneto per poi dilagare al 5 marzo in tutte le regioni italiane. L'ISS la definisce come "Diffusa e sostenuta trasmissione locale con aumentata pressione sul SSN che risponde attivando misure straordinarie che coinvolgono anche enti e strutture non sanitarie". È caratterizzata da un incremento esponenziale della curva dei contagi con un R_0 che supera il valore di 2. È stato calcolato che in Italia all'inizio dell'epidemia l' R_0 era tra 2,1 e 3,3 ed il tasso di duplicazione dei casi era tra i 2,3 e i 3,5 giorni. È possibile solo un mitigamento dell'impatto della pandemia non essendo stato possibile il contenimento. Sono rapidamente messe in campo misure di confinamento sociale, chiusura delle scuole e delle attività produttive non essenziali per rallentare l'accelerazione della curva che in questa fase è ascendente e raggiunge il picco per la regione Friuli Venezia Giulia il 25 marzo per numero di casi ed il 3 aprile per numero di ricoverati in terapia intensiva.

2) FASE DI STABILITÀ (scenario attuale)

Viene definita dall'ISS come caratterizzata da "Sostenuta ma sporadica trasmissione locale e capacità del SSN di rispondere nell'ambito della gestione ordinaria". È una fase di declino dei contagi di cui è stato da tempo raggiunto e superato il picco, la curva discendente ha registrato casi di contagio anche vicini allo zero, ma vi sono ancora casi sporadici e focolai locali generati da infezioni importate da aree con trasmissione sostenuta. Si può affermare di essere entrati in una fase di convivenza con il virus. L'accelerazione della fase ascendente della curva epidemica è stata rallentata dalle misure di confinamento (lock-down) che hanno riportato il tasso di trasmissione (R_t) al di sotto del valore soglia di 1, ma l'epidemia non è finita. Sono ancora in corso limitazioni dell'attività sociale con l'utilizzo di misure di prevenzione del contagio (es. mascherine) e di promozione del distanziamento sociale. La mobilità da e verso paesi stranieri è consentita ma esistono raccomandazioni e limitazioni a seconda della situazione epidemica del paese da cui si proviene o verso cui si viaggia. Il virus è comunque ancora in circolazione, vi sono casi asintomatici identificati attraverso il potenziamento dello screening e alcuni focolai legati per la maggior parte alla ripresa della mobilità delle persone, delle attività sociali e lavorative pur nel distanziamento. La maggior parte dei soggetti contagiati, la cui età media è scesa a quella di giovani adulti, non necessita di cure ospedaliere ma solo di misure di quarantena che vengono erogate in strutture extra-ospedaliere quando la quarantena domiciliare non è possibile.

3) FASE DI RIPRESA DEI CONTAGI (scenario 2)

Viene ipotizzata nel documento dell'ISS quando vi è una "diffusa e sostenuta trasmissione locale con aumentata pressione sul SSN che risponde attivando misure straordinarie preordinate". È ipotizzabile quando l'abbassamento della temperatura riporta le attività ed i conseguenti assembramenti all'interno di spazi chiusi. L'attività sociale più importante, potenzialmente fiera di contagi, perché genera assembramenti e riduce il distanziamento sociale, è la riapertura delle attività educative e scolastiche. Per la riduzione del distanziamento sociale, il contagio è più probabile ed altre epidemie, come quella influenzale, rendono i suscettibili più vulnerabili ad altre infezioni. Il tasso di trasmissione torna sopra il valore soglia di 1 e la curva dei contagi riprende ad essere in ascesa, pur con una accelerazione ancora controllata. Tipicamente vengono segnalati diversi focolai e riprendono i casi sintomatici con un aumento della pressione sulle strutture di cura ospedaliere, causato anche dall'atteso incremento di morbilità respiratorie associato all'epidemia influenzale. In ambito ospedaliero c'è una forte pressione nell'area medica e geriatrica, i cui ricoveri spesso avvengono anche fuori reparto. La diagnosi differenziale tra l'influenza tradizionale e l'infezione da COVID-19 è fondamentale per la definizione del corretto percorso di isolamento e quarantena dei positivi, ma l'aumento delle sindromi influenza-like incrementa la richiesta di screening e di test diagnostici.

MONITORARE L'ANDAMENTO DELL'EPIDEMIA

Per poter adeguatamente sostenere la Direzione e l'Unità di Crisi nelle decisioni è importante costruire un cruscotto e manutentare un sistema di monitoraggio che raccolga e riassume i più importanti indicatori dell'andamento dell'epidemia capitalizzando sulle fonti dati esistenti, integrando i dati trasformandole in informazioni utili. Il Ministero della Salute di concerto con l'ISS ha messo a punto un sistema di indicatori e di algoritmi decisionali costruiti utilizzando i dati inviati dalle regioni, che settimanalmente viene aggiornato e condiviso con la cabina di regia ministeriale e le tutte le direzioni regionali. (Sistema di indicatori di cui al DM 30 aprile 2020),

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73981&parte=1%20&serie=null>

Sulla base di questi indicatori ogni settimana anche la regione Friuli Venezia Giulia produce il proprio set di indicatori regionali e lo condivide con l'ISS e il Ministero. Tra di essi, di interesse, vi è la curva epidemica, l'indice Rt ed i trend temporali provinciali di incidenza e incidenza cumulativa per 100 mila.

ASUGI si è dotata, per poter assolvere al debito informativo e per supportare le attività di sorveglianza sanitaria ed epidemiologiche proprie del Dipartimento di Prevenzione, di uno strumento informatico, COVID HELPER.

Oltre ad essere un applicativo gestionale in uso principalmente agli operatori del DIP contiene la funzione di vero e proprio cruscotto in grado di monitorare l'attuale situazione di evoluzione pandemica grazie alla sua vista dashboard.

Un altro cruscotto a disposizione fornito dalla Regione è VISUAL ANALYTICS, che consente anche il confronto tra le Aziende Sanitarie del FVG.

A supporto delle decisioni dell'Unità di Crisi è previsto inoltre un REPORT DI MONITORAGGIO DIREZIONALE sullo stato di avanzamento dell'emergenza COVID-19 prodotto con le fonti e gli strumenti messi a disposizione e adattabile per qualità dell'approfondimento e frequenza di aggiornamento in relazione allo scenario.

STRUMENTI DI MONITORAGGIO E SCENARI

Di seguito sono presentate le progressioni delle attivazioni degli strumenti di monitoraggio in base alle fasi e agli scenari futuri possibili.

Si rimanda al **capitolo 7 - MONITORAGGIO** di questo piano per la loro descrizione e funzionamento e per gli approfondimenti sugli strumenti di supporto informatico in uso.

SCENARIOGRAMMA

SCENARIO 1 - fase di stabilità

STRUMENTO	TIPOLOGIA	DESTINATARI	AGGIORNAMENTO	RESPONSABILITÀ
COVID HELPER	Cruscotto	Operatori DIP	Quotidiano	Dipartimento di Prevenzione - IT
Monitoraggio ISS Epidemia Covid-19	Report FVG Report nazionale	Direzione Unità di Crisi	Settimanale	Task force reg. Direzione Centrale ISS
VISUAL ANALITYCS	Cruscotto	Direzione	3 volte al giorno	Direzione Centrale INSIEL

SCENARIO 2 – Fase di ripresa dei contagi

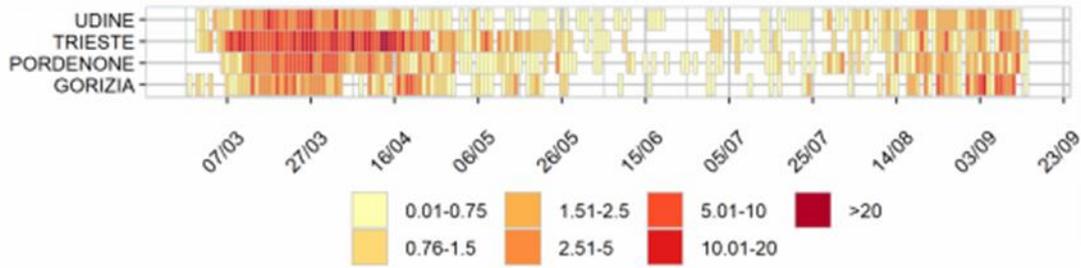
STRUMENTO	TIPOLOGIA	DESTINATARI	AGGIORNAMENTO	RESPONSABILITÀ
COVID HELPER	Cruscotto	Operatori Direzione DIP Unità di crisi	Quotidiano	Dipartimento di Prevenzione
Monitoraggio ISS Epidemia Covid-19	Report FVG Report nazionale	Direzione Unità di Crisi	Settimanale	Task force reg. Direzione Centrale ISS
MONITORAGGIO DIREZION. COVID	Report ASUGI	Direzione, Operatori	Settimanale	Programmazione
VISUAL ANALITYCS	Cruscotto	Direzione	3 volte al giorno	Direzione Centrale INSIEL

SCENARIO 3-4 – Fase pandemica

STRUMENTO	TIPOLOGIA	DESTINATARI	AGGIORNAMENTO	RESPONSABILITÀ
COVID HELPER	Cruscotto	Operatori	Quotidiano	Dipartimento di Prevenzione
Monitoraggio ISS Epidemia Covid-19	Report FVG Report nazionale	Direzione Unità di Crisi	Settimanale	Task force reg. Direzione Centrale ISS
MONITORAGGIO DIREZION. COVID	Report ASUGI	Direzione, Operatori	Settimanale	Programmazione
VISUAL ANALITYCS	Cruscotto	Direzione	3 volte al giorno	Direzione Centrale INSIEL

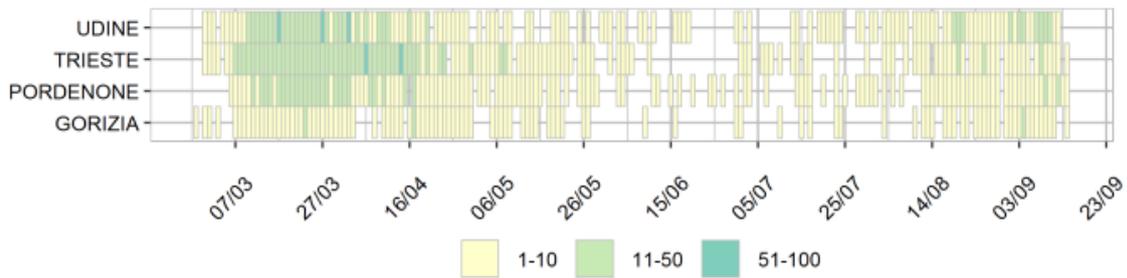
A titolo di esempio si presenta il grafico *Heatmap* dell'incidenza per 100 mila per provincia nel tempo:

Heatmap - incidenza per 100000

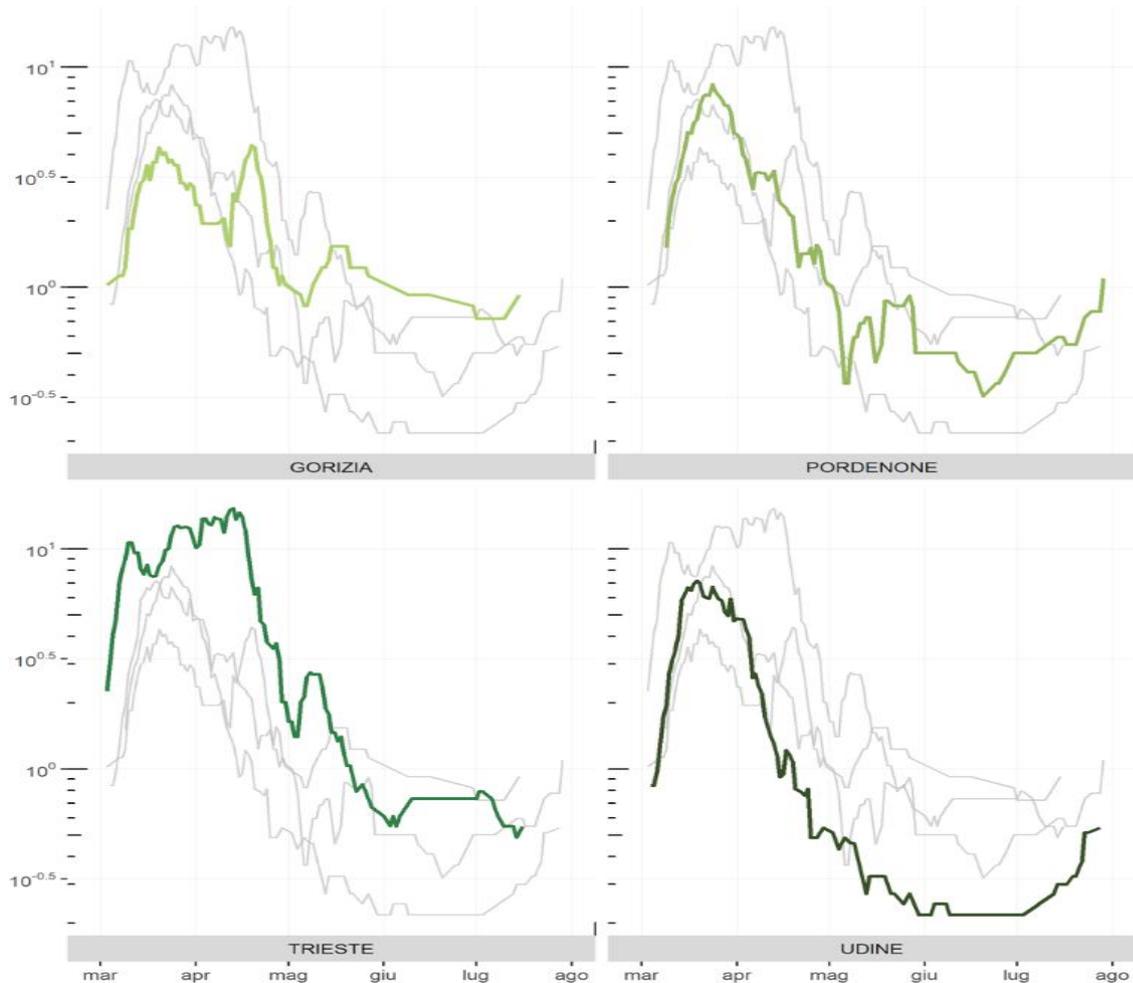


Oppure il grafico *Heatmap* della numerosità dei casi per provincia nel tempo:

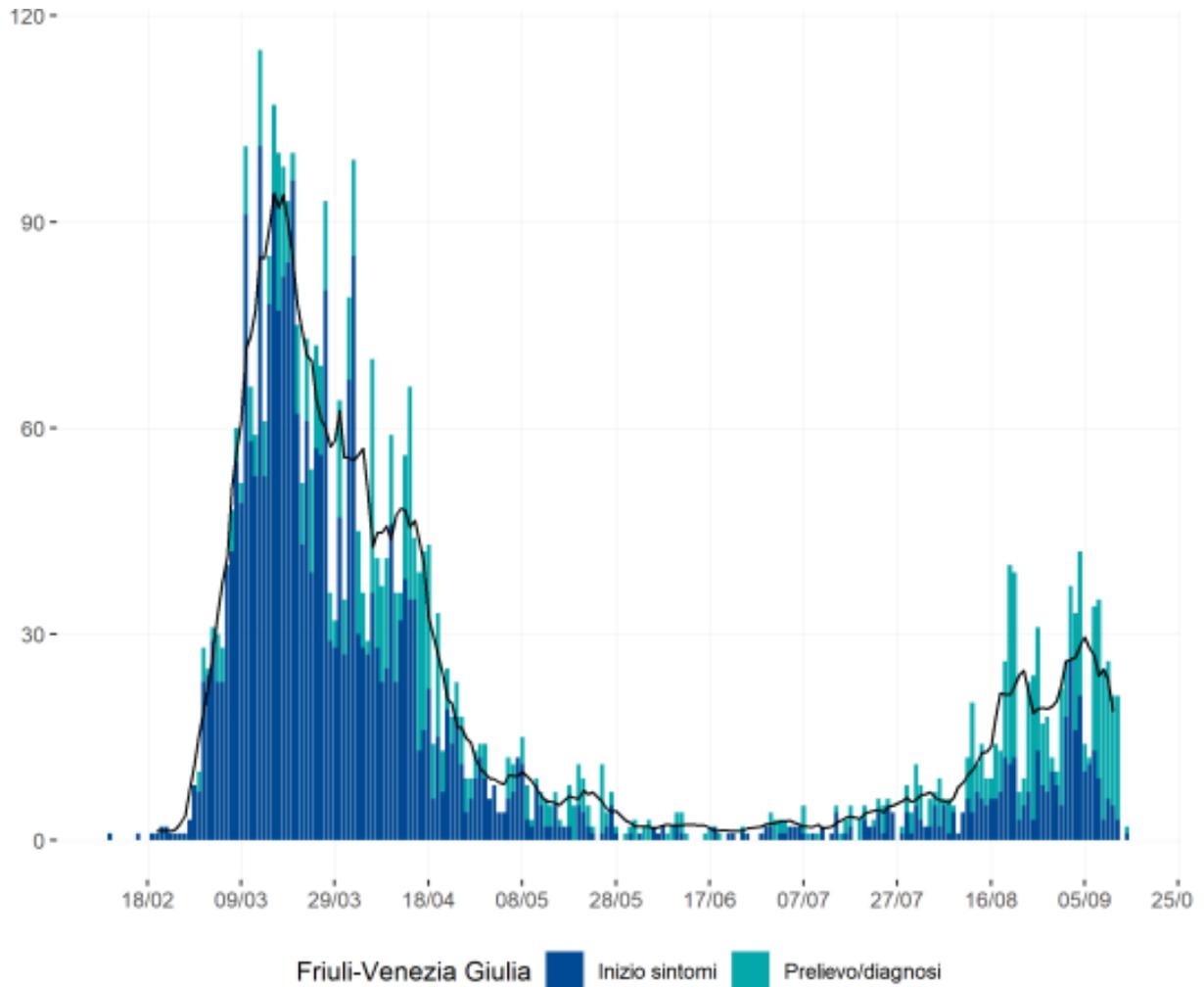
Heatmap - casi



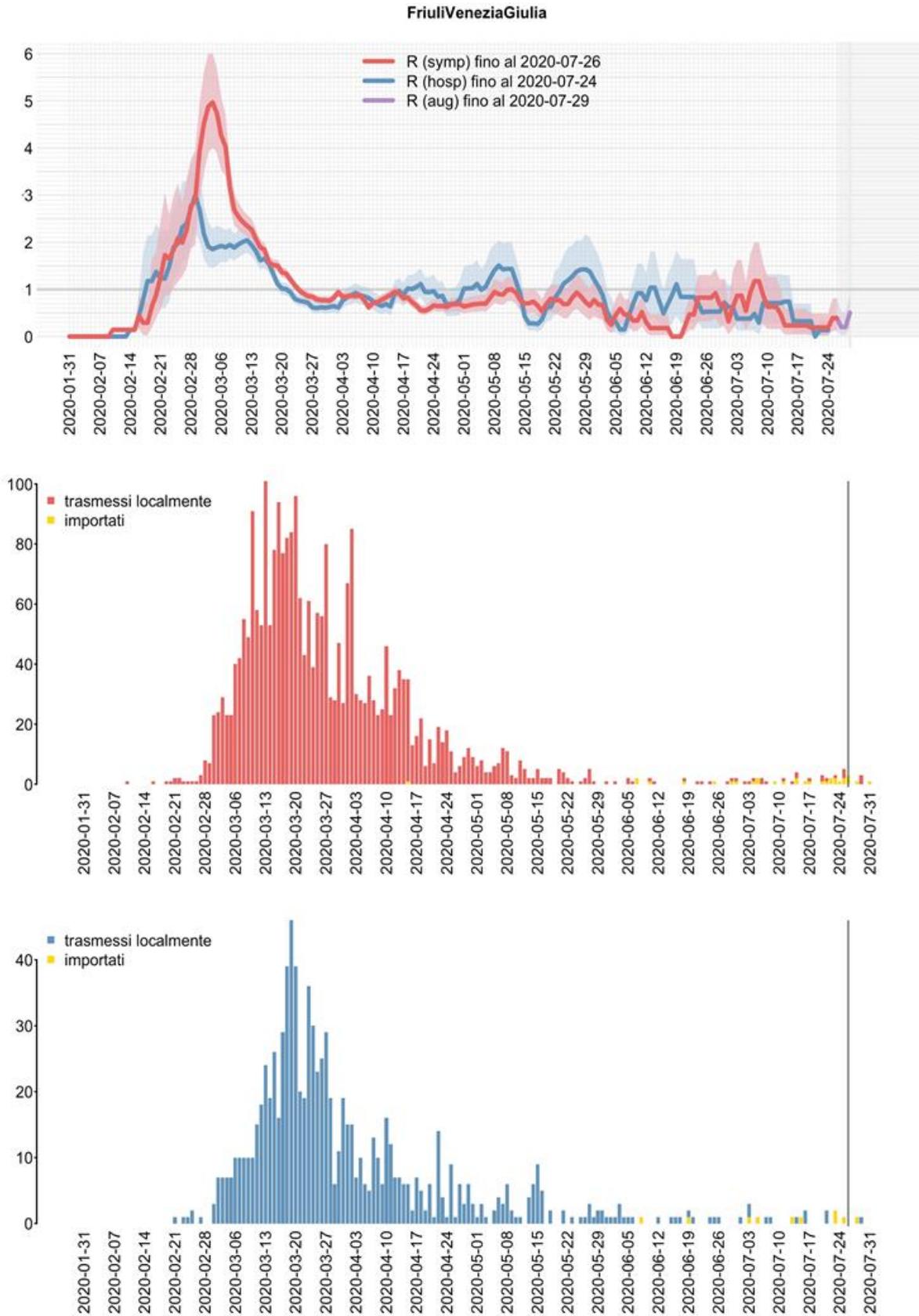
Dell'incidenza per provincia per 100 mila - media mobile a 7 gg.



Curva epidemica regionale combinata con data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi- la linea nera indica il valore della media mobile a 7 gg.



E del grafico dell'Rt regionale basato su data inizio sintomi, data ricovero e Rt medio a 14gg con la distribuzione dei casi autoctoni rispetto a quelli trasmessi localmente.



L'utilizzo combinato di questi dati all'interno degli algoritmi decisionali proposti dal Ministero insieme ai dati aziendali raccolti localmente e rappresentati in un cruscotto, potranno fungere da guida e supporto alle decisioni operative durante tutta la durata della pandemia, come da algoritmo d'esempio allegato.



In conclusione

l'utilizzo di questi strumenti di risposta alla pandemia dovrebbe garantirci la capacità di controllare l'epidemia con strumenti avanzati di sanità pubblica, confidando comunque nell'efficacia di vaccini attualmente in fase avanzata di sperimentazione (Jackson LA) ed augurandoci che la pandemia possa essere dichiarata conclusa entro l'anno prossimo.

Riferimenti

LA. Jackson, EJ. Anderson, NG. Rouphael, for the mRNA-1273 Study Group* An mRNA Vaccine against SARS-CoV-2 – Preliminary Report- NEJM July 14, 2020; DOI: 10.1056/NEJMoa2022483

Riccardo F. Ajelli M, Andrianou X, Bella A, Del Manso M, Fabiani M, Pezzotti P et al. Epidemiological characteristics of COVID-19 cases in Italy and estimates of the reproductive numbers one month after the epidemic. MedRxiv 2020: doi: <https://doi.org/10.1101/2020.04.08.20056861>

4.1 UNITÀ DI CRISI-COORDINAMENTO

Una gestione efficiente della risposta alla situazione di emergenza determinata dall'epidemia da SARS-CoV-2 passa necessariamente attraverso la presenza di un gruppo di coordinamento, in grado di garantire:

- rapidità di risposta
- immediatezza operativa
- competenza nella risoluzione
- razionalizzazione delle risorse

Già nel corso della cosiddetta fase 1, ASUGI ha istituito l'Unità di Crisi.

La composizione dell'Unità di Crisi - Coordinamento è stata variabile nel corso del tempo, dovendo limitarsi ad un gruppo operativo più ristretto in fase pandemica, e potendo essere estesa a diverse ed ulteriori professionalità in fase 2, quando è stato possibile dedicarsi all'attività di programmazione.

Il gruppo di coordinamento - Unità di Crisi è presieduto dal Direttore Generale, ed è composto dai seguenti professionisti:

DIREZIONE STRATEGICA	Direttore Generale Direttore Sanitario Direttore Amministrativo Direttore Sociosanitario
AREA AMMINISTRATIVA E TECNICA, STAFF	Direzione dell'Ufficio del Personale RSPP Comunicazione
DIREZIONI - AREA SANITARIA	Dipartimento di Prevenzione Direzioni Mediche di Presidio Direzioni dei Distretti Medicina del Lavoro Risk Manager Direzione delle professioni sanitarie
AREA CLINICA	Direttori di Dipartimento / Struttura, rappresentativi dell'Area Medica, Chirurgica, di Emergenza, Laboratorio
GRUPPO ALLARGATO	Emergenza Urgenza: Pronto Soccorso, 118 Ufficio tecnico Formazione Comunicazione Referente Psicologi Informatica e telecomunicazioni Manutenzione e sviluppo del patrimonio Ingegneria clinica Programmazione

Il gruppo di coordinamento / Unità di Crisi potrà essere integrato da ulteriori professionisti, a seconda delle necessità e degli argomenti trattati.

FUNZIONI

Le funzioni svolte dal Coordinamento - Unità di Crisi sono principalmente:

- Valutazione dell'andamento epidemiologico per successiva programmazione delle attività
- Pianificazione e coordinamento delle attività necessarie alla gestione della situazione di emergenza
- Condivisione, implementazione e diffusione delle disposizioni nazionali e regionali in tema di pandemia da Coronavirus
- Condivisione delle attività svolte, delle criticità rilevate e delle possibili azioni di miglioramento
- Tempestiva definizione del fabbisogno di personale, beni, servizi, DPI, formazione
- Gestione della comunicazione interna ed esterna (vedasi paragrafo dedicato)

al fine di:

- contenere il numero dei contagi, garantendo la necessaria integrazione tra ospedali e territorio
- gestire in maniera appropriata, efficiente ed efficace le risorse disponibili
- fornire a tutto il personale le informazioni, le procedure da seguire e i presidi da utilizzare, necessari a consentire loro lo svolgimento dell'attività lavorativa in sicurezza
- garantire la sicurezza dei pazienti
- garantire alla cittadinanza la corretta informazione relativa alle misure da adottare, anche in collaborazione con altri Enti.

MODALITÀ DI FUNZIONAMENTO

L'Unità di Crisi - coordinamento si riunisce a cadenza periodica, mediante videoconferenze.

Gli incontri si svolgono con le tempistiche e con la composizione indicati nella tabella sottostante:

	FASE STABILITÀ	FASE DI RIPRESA DEI CONTAGI	FASE PANDEMICA
	UNITA' DI COORDINAMENTO	UNITA' DI CRISI ALLARGATA	UNITA' DI CRISI
QUANDO	1-2 volte a settimana	3-4 volte alla settimana	Ogni giorno feriale (eventualmente + 1 giorno w.e.)
CHI	DIREZIONE STRATEGICA	DIREZIONE STRATEGICA	DIREZIONE STRATEGICA
	AREA AMMINISTRATIVA E TECNICA/STAFF	AREA AMMINISTRATIVA E TECNICA/STAFF	AREA AMMINISTRATIVA E TECNICA/STAFF
	DIREZIONI – AREA SANITARIA	DIREZIONI – AREA SANITARIA	DIREZIONI – AREA SANITARIA
	AREA CLINICA	AREA CLINICA	AREA CLINICA RISTRETTA (1 medico area emergenza, 1 area medica, 1 area chirurgica)
	GRUPPO ALLARGATO		

Eventuali ulteriori comunicazioni e la convocazione per riunioni urgenti vengono inviate a tutto il gruppo via e-mail o via whatsapp.

GRUPPO DI LAVORO GESTIONE DEI DOCUMENTI

Si ritiene necessario che vi sia l'implementazione di un gruppo di lavoro che si occupi della produzione e gestione della documentazione attinente l'epidemia e il suo sviluppo all'interno delle strutture e del territorio aziendale.

Il gruppo sarà composto da:

- Responsabile Unità di Crisi
- Referenti Direzioni Medico Ospedaliere/distretti
- RSPP (Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione)
- Risk Manager
- Infettivologo
- Dipartimento di prevenzione
- Ulteriori figure sanitarie, tecniche, amministrative a seconda delle tematiche affrontate

COMPITI DEL GRUPPO

- Raccogliere le esigenze (normative, di processo, strutturali, ecc.) e trasformarle in documentazione (documenti, procedure, istruzioni operative, ecc.)
- Implementare, gestire e mantenere attiva la documentazione attraverso i dettami descritti nel Sistema di gestione integrato
- Attivare una stretta collaborazione con la struttura comunicazione per la diffusione della stessa.

Fase 1 di stabilità

È in fase di elaborazione un documento unico che raccogli tutti i documenti emessi dall'inizio della pandemia e che rappresentano tutti gli aspetti che coinvolgono l'azienda

Tale documento è propedeutico ad una possibile fase2

Fase 2 e 3 di ripresa contagi e pandemica

- Attivazione del gruppo e raccolta immediata delle esigenze
- Implementazione della documentazione
- Aggiornamento e relative revisioni dei documenti
- Immediata comunicazione delle attività svolte

4.2 GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE

Canali di comunicazione ASUGI direttamente gestiti da Comunicazione, relazioni esterne aziendali, ufficio stampa):

- sito internet istituzionale asugi.sanita.fvg.it e in particolare
 - pagina dedicata al Covid-19 (collegamento in evidenza in homepage)
 - variazione dei servizi: aggiornamenti costanti su modalità di accesso, sedi e orari
 - focus in homepage
 - sezione Azienda → Azienda Informa → News e social media (dove vengono pubblicati anche tutti i comunicati stampa)
- [comunicati stampa](#) e relazioni con i media
- pagina [Facebook @asugiFVG](#)
- account [Twitter @asugiFVG](#)
- canale [Youtube ASUGI](#)
- Numero Verde Sanità 800991170
- Ufficio Relazioni col Pubblico
- Intranet (sezione apposita per emergenza Covid-19)
- Invio di email a tutti i dipendenti
- Rubriche su [Telequattro](#) (video diffusi anche tramite social network e canale Youtube)
 - [News in pillole](#), 40 trasmissioni da 2 minuti in onda a ridosso del Tg delle 13.20, 19.30, 20.30
 - 10 redazionali informativi a cura della redazione giornalistica di Telequattro
 - 10 spot informativi da 1 minuto
- Banner sul sito de Il Piccolo con link alle news di ASUGI (in via di attivazione)
- Banner sul sito di TriestePrima con link alle news di ASUGI (in via di attivazione)
- Spazi su Trieste Cafè (interviste, dirette Facebook, pubblicazione integrale di comunicati stampa, social media - in via di attivazione)

La pianificazione della comunicazione aziendale e le modalità di utilizzo di questi canali sono descritte nel Piano di Comunicazione di ASUGI (in via di redazione).

Poter disporre di numerosi canali di comunicazione, anche a pagamento, risulta di fondamentale importanza per veicolare informazioni in modo rapido ed efficace, al fine di raggiungere tutte le fasce della popolazione, soprattutto in momenti di emergenza. I social media si sono rivelati particolarmente efficaci nel contrasto alle *fake news* e nella diffusione di messaggi di pubblica utilità.

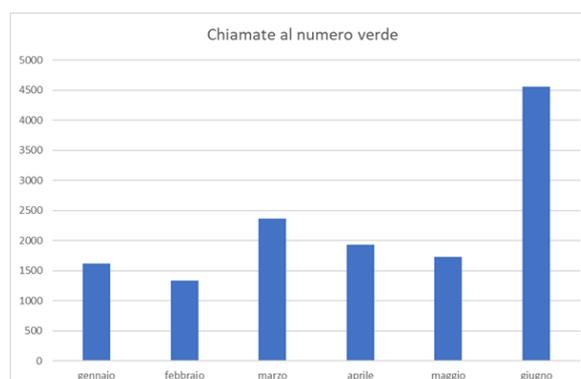
La comunicazione esterna sul Covid-19 è coordinata dalla Direzione Centrale Salute (DCS) - Regione Friuli Venezia Giulia assieme alla Protezione Civile. Attraverso i propri canali, ASUGI rinforza il

messaggio regionale e fornisce alla cittadinanza informazioni di carattere locale, rispondendo a dubbi e domande degli utenti.

È auspicabile il supporto e la condivisione del messaggio da parte di Enti dotati di Strutture di comunicazione, anche online, quali l'Università degli Studi di Trieste e i Comuni.

FASE DI STABILITÀ

- Aumento dei canali di comunicazione disponibili allo scopo di raggiungere tutte le fasce della popolazione con l'attivazione delle rubriche su Telequattro e la prossima attivazione dei contratti con Il Piccolo, TriestePrima e Trieste Cafè
- Attivare la possibilità di registrare video di conference call della Direzione Strategica / Unità di Crisi da diffondere internamente o all'esterno
- Pianificazione delle modalità di partecipazione all'Unità di Crisi
 - Strumenti informatici: videoconferenza, gruppo whatsapp
 - Personale e disponibilità oraria
 - Consente di indirizzare correttamente la comunicazione interna e al cittadino
- Riorganizzazione della comunicazione interna in ottica di trasparenza e partecipazione
 - Ascolto del personale sulle criticità riscontrate riguardo alla mancanza di comunicazione interna anche attraverso strumenti anonimi (es. cassette di raccolta suggerimenti nei pressi della mensa e dei sistemi di rilevazione della presenza nelle diverse sedi, format compilabile su intranet o altri strumenti informatici?)
 - Creazione di un sistema di *alert* sui cellulari aziendali per veicolare a tutti i dipendenti informazioni rilevanti nelle fasi successive (SMS, whatsapp?)
 - Incentivare la conoscenza dei canali di comunicazione aziendali da parte degli operatori, l'iscrizione ai canali social e l'uso di intranet
- Analisi delle richieste dei cittadini che consentono di sostenere i Servizi nella fase di riapertura e riprogrammazione degli appuntamenti, rendendo i cittadini consapevoli delle priorità applicate per l'accesso ai servizi
- Mettere a conoscenza il cittadino sui canali da seguire per ottenere informazioni affidabili anche grazie alla creazione di un vademecum della comunicazione di ASUGI
- Riprogrammazione che ha previsto il potenziamento della sede di Cattinara con una unità.
- Gestione delle chiamate al Numero Verde Sanità, che hanno registrato un notevole incremento a seguito della ripresa delle attività (il doppio rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente).



FASE DI RIPRESA DEI CONTAGI

- Monitoraggio delle notizie circolanti, e nel caso di notizia non corretta o imprecisa, viene avvisata la DCS per attuare azioni finalizzate a:
 - interdire: smentire e chiedere la modifica post/articolo o un post/articolo di chiarimento, intervenire nella conversazione con le proprie argomentazioni, rispondere alle domande e ai commenti sui canali social, numero verde, o attraverso l'URP
 - depotenziare: mettere a disposizione informazioni precise e trasparenti, fare circolare informazioni positive, rispondere alle critiche
- Proposta dei principali argomenti da comunicare, anche in base alle criticità segnalate negli incontri dell'Unità di Crisi, sia per quanto attiene alla comunicazione interna che esterna
- Veicolare le informazioni utili a contenere l'epidemia su tutti i canali di comunicazione e attraverso alleanze con gli organi di informazione e in base alle indicazioni della DCS
- Comunicazione interna
 - Sintesi delle riunioni dell'Unità di crisi
 - Bollettino quotidiano in intranet
 - Invio automatizzato di messaggi sui cellulari aziendali
 - Dirette Facebook

FASE PANDEMICA

La comunicazione efficace durante l'emergenza contribuisce a salvare vite umane. Per essere efficace deve soddisfare i principi di tempestività, trasparenza, chiarezza, coerenza, ascolto, empatia e coinvolgimento.

- Potenziamento della frequenza della comunicazione interna
- Potenziamento della comunicazione esterna attraverso aggiornamenti quotidiani
- Repliche e contrasto alle *fake news*
- Rapporti costanti con DCS e Protezione Civile
- Raccolta feedback interni ed esterni

5. AREE DELLA RISPOSTA

5.1 EMERGENZA URGENZA

ATTIVITA' IN EMERGENZA COVID:

L'attività della SSD Pronto Soccorso Ospedale Maggiore e Gestione delle Urgenze Territoriali e della Centrale Operativa Farneto, nella fase emergenziale COVID ha rivisto, rimodulato, modificato ed implementato molti percorsi ed attività routinarie attuando i seguenti interventi riorganizzativi che rimangono validi ed attivi anche per le prossime fasi di eventuale ripresa epidemica.

- **Misure di carattere organizzativo generale:**
 - revisione, aggiornamento ed implementazione di protocolli e procedure specifiche da attuare nei casi di sospetta/presunta/accertata infezione da COVID-19
 - revisione, aggiornamento ed implementazione dell'assetto operativo dei mezzi di soccorso, di trasporto secondario e della Centrale Operativa
 - controlli amministrativi a garanzia della disponibilità di risorse per la prevenzione evitando carenze di DPI ottimizzandone l'uso pur proteggendo gli operatori e le altre persone dall'esposizione al virus COVID-19
 - definizione di percorsi pulito-sporco, fornitura materiali, stoccaggio e smaltimento rifiuti sanitari, pulizia e sanificazione delle superfici dei mezzi di soccorso
- **Riorganizzazione della Struttura e delle postazioni:**
 - limitazione degli accessi alla Centrale Operativa ed alle sedi da parte sia del personale sia di eventuali fornitori/manutentori ed altro personale
 - sospensione delle attività di gruppo e condivisione di spazi comuni secondo le regole di prevenzione e distanziamento sociale
 - approvvigionamento e disponibilità di DPI, soluzione idroalcolica, sapone, ecc.
- **Formazione del personale in tema di:**
 - caratteristiche dell'infezione da SARS-CoV-2 e sulla malattia COVID-19
 - precauzioni standard igiene delle mani, respiratoria e comportamenti sociali
 - utilizzo appropriato dei DPI
 - comportamenti da attuare nell'accesso alle strutture, nei momenti di operatività e di pausa
- **Sorveglianza attiva ed identificazione di casi sospetti tra le persone soccorse e gli operatori:**
 - sensibilizzazione degli operatori per evitare che gli stessi diventino fonte di infezione nella catena di trasmissione anche al di fuori dell'ambiente di lavoro attraverso anche l'auto monitoraggio dello stato di salute, attuazione scrupolosa delle disposizioni delle autorità competenti per la valutazione del rischio di COVID-19
 - accordi con il Dipartimento di Prevenzione e la Medicina del Lavoro per la strategia di screening degli operatori dipendenti e degli enti in convenzione
 - pianificazione ed esecuzione dei tamponi e dei prelievi di campioni per test sierologici sia del personale afferente sia degli enti convenzionati

- **Gestione attività USCA**

La Centrale Operativa Farneto, Numero Unico per i Servizi Sanitari non urgenti in parallelo alla gestione dell'attività SCA, ha preso in carico, gestito e coordinato l'attività dei medici USCA (vedi capitolo 5.5) curando nello specifico i seguenti aspetti:

- valutazione di necessità e richieste rimodulando il piano delle presenze USCA sul territorio in termini numerici e logistici
- attivazione azione USCA sulla base delle chiamate/richieste dei cittadini, dei Distretti, dei MMG/PLS, delle case di riposo e strutture protette per un'azione filtro mirata
- interazione continua con il sistema di emergenza urgenza (112-SORES) con il quale è stato prodotto protocollo condiviso per la presa in carico da parte della Centrale Operativa Farneto di chiamate non urgenti ricevute dal 112-SORES da parte dell'utenza
- collaborazione, sinergia ed interazione con i Distretti, con il Dipartimento di Prevenzione e con la SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza per la gestione di percorsi brevi e condivisi
- gestione aspetti pratici e logistici (gestione e fornitura DPI, sedi, mezzi, bombole ossigeno)
- facilitazione del contatto telefonico tra MMG/PLS segnalante e medico USCA in servizio per consegne e informazioni cliniche sul paziente

Risorse aggiuntive messe in campo per l'emergenza COVID-19

Centrale Operativa Farneto: il personale dedicato alle attività di Centrale Operativa per le non urgenze è stato implementato con una unità infermieristica nei fine settimana e nelle giornate prefestive e festive anche infrasettimanali, in relazione all'incremento di:

- presa in carico di problematiche sanitarie correlate alla malattia COVID-19 ed attività di filtro agli accessi impropri, valutazioni nelle strutture, attivazione dei percorsi USCA e SCA
- richieste di informazioni da parte della cittadinanza
- supporto ed instradamento nei percorsi (contati con MMG, DIP, MGI, Servizi Territoriali)
- supporto nella gestione domiciliare con fornitura Ossigeno medicale, valutazioni clinico assistenziali, organizzazione trasferimenti e trasporti
- supporto ai MMG, Servizi territoriali per la definizione di percorsi ed effettuazione di trasporti secondari
- organizzazione ed effettuazione trasporti secondari da e per i nosocomi provinciali, regionali e nazionali
- costante interfaccia con SORES FVG per la gestione di trasporti e trasferimenti protetti, attività di filtro agli accessi alle strutture ospedaliere e supporto nella gestione di interventi su persone COVID+ o sospette con codici minori

Ambulanza aggiuntiva dedicata trasporti COVID-19 positivi è stata istituita un'ambulanza aggiuntiva dedicata ai trasferimenti di persone positive attiva 7 giorni su 7 nelle 12 ore diurne e composta da 3 operatori, secondo indicazioni ministeriali.

Guardia Attiva (composta da due soli operatori, infermiere e autista): implementazione attività con Personale OSS dedicato a coprire, su chiamata, l'attività di supporto all'ambulanza infettivi dedicata, così come previsto dalle linee guida ministeriali.

Autoparco presenza sulle 12 ore diurne 7 giorni su 7 di un addetto Autoparco, incaricato di effettuare le consegne ed i ritiri delle bombole di Ossigeno prescritte al domicilio/strutture da parte dei medici USCA e/o del Soccorso territoriale 118 Trieste, nell'ambito delle attività di filtro ai ricoveri impropri; organizzazione del parco veicoli per attività incrementate; puntuale monitoraggio ed approvvigionamento dei DPI alle squadre operative.

DPI specifici acquisizione maschere a pieno facciale e filtri FFP3 per il soccorso e trasporto di persone COVID-19 + o sospette. Per il corretto utilizzo è stata stilata procedura dedicata e sono stati calendarizzati interventi formativi per tutti gli operatori da parte dei Responsabili Infermieristici.

Sanificazione ambulanze e superfici. Acquisizione di dispositivo per gestione autonoma della sanificazione dei mezzi. Per il corretto utilizzo è stata stilata procedura dedicata, video tutorial e sono stati calendarizzati interventi formativi per tutti gli operatori da parte dei Responsabili Infermieristici.

Acquisizione bombole di Ossigeno medicale da 5 litri per supporto ventilatorio presso il domicilio/residenze da utilizzare nell'ambito delle attività di filtro e USCA.

Progettualità specifiche di riorganizzazione trasversale COVID-19 correlate

- Istituzione di un presidio sanitario di ASUGI presso la Base Logistico Addestrativa, situata in Strada per Lazzaretto, 14 - Muggia, dove vengono allestiti degli alloggi destinati alle persone poste in misura di quarantena.
- Supporto logistico agli Enti convenzionati per il soccorso ed il trasporto secondario nella garanzia di dotazione di DPI e protocolli per la sanificazione dei mezzi.
- Fornitura estemporanea di DPI carenti presso alcune strutture protette su richiesta del Distretto
- Gestione delle forniture di DPI specifici destinati ai servizi SCA e USCA
- Organizzazione ed espletamento dei viaggi di rientro verso le zone rosse extraregionali di provenienza di persone ricoverate presso i Servizi di Terapia Intensiva provinciali.
- Valutazione di persone migranti a seguito di un aumento imprecisato e non programmabile di arrivi giornalieri

Sorveglianza sanitaria degli operatori afferenti al 118 ed agli Enti convenzionati:

Esecuzione seriata e ripetuta di tamponi e di prelievi di campioni per test sierologici a tutto il personale della Struttura (n.120 operatori) e a tutto il personale degli enti convenzionati (ACLI-COSM, Sogit, CRI).

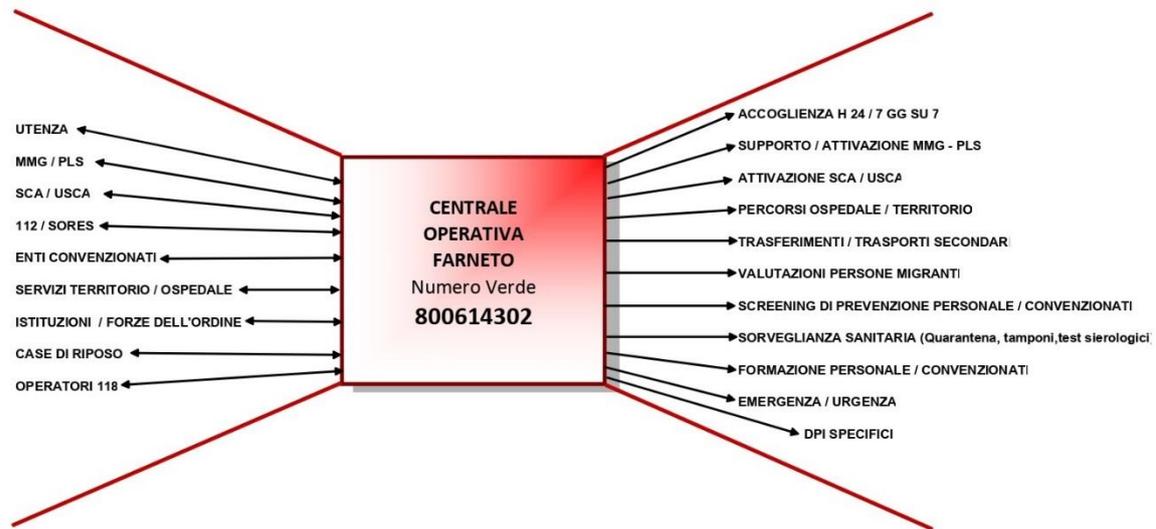
ATTIVITA' IN FASE DI RIPRESA DEI CONTAGI E FASE PANDEMICA

Proposta di ulteriore potenziamento e rimodulazione attività.

Centrale Operativa Farneto, Numero Unico per i Servizi Sanitari non urgenti

- Mantenimento delle funzioni specifiche della Centrale Operativa con numero di operatori come da assetto ordinario (2 infermieri H24 7 gg su 7) ma implementabile di 1 unità in caso di aumento attività
- Potenziamento dell'attività di Centrale Operativa nella funzione di collettore chiamate e richieste di intervento non urgente con presa in carico e gestione degli interventi. La **CENTRALE OPERATIVA FARNETO, Numero Unico per i Servizi Sanitari NON URGENTI (NUMERO VERDE 800614302)** rafforza il suo ruolo di punto di riferimento privilegiato unico Aziendale per tutte le richieste non urgenti
- UTENZA: supporto h24 alle richieste e problematiche nell'accesso ai servizi e nell'attivazione delle risorse aziendali
 - MMG/PLS: supporto continuo nella gestione domiciliare di problematiche COVID correlate con l'attivazione di percorsi aziendali. In particolare attivazione dei medici USCA e dei servizi Territoriali domiciliari, raccordo e attivazione dei servizi Ospedalieri per percorsi diretti con Pronto Soccorso e Malattie Infettive e raccordo e attivazione del Dipartimento di Prevenzione.
 - SCA/USCA: attivazione, organizzazione, logistica, supporto strumentale, contatto MME/medico USCA
 - TRASPORTI SECONDARI: rimodulazione delle attività ordinarie con implementazione dei trasporti COVID correlati
 - EMERGENZA/URGENZA: supporto a SORES per lo sgravio del numero di chiamate non urgenti in risposta alla cittadinanza a richiesta di informazioni/attivazione di servizi e percorsi
 - GUARDIA ATTIVA (infermiere e autista) operativa 6 gg su 7, 12 h diurne con infermiere in supporto alle attività di Centrale Operativa Farneto, in funzione di trasporto secondario protetto, in supporto alle attività di soccorso coordinata con SORES per codici minori implementabile con Personale OSS dedicato a coprire, su chiamata, l'attività di supporto all'ambulanza infettivi dedicata
 - TRASFERIMENTI persone COVID +: Istituzione di un'ambulanza aggiuntiva dedicata ai trasferimenti di persone positive attiva 7 giorni su 7 nelle 12 ore diurne e composta da 3 operatori
 - SORVEGLIANZA SANITARIA: organizzazione ed effettuazione di screening seriato rivolto agli operatori (aziendali e convenzionati) a supporto delle attività del DIP e della Medicina del Lavoro. Disponibilità di personale formato per effettuazione attività di screening anche al di fuori della Struttura.
 - PERCORSI: costante confronto con Servizi ospedalieri e territoriali riguardo la definizione di percorsi dedicati, gestione di eventuali casi COVID-19 Positivi, trasferimenti, ricoveri e quarantena.
 - MIGRANTI: attivazione tempestiva di task force della Struttura per valutazione sanitaria ed eventuale screening COVID in persone rintracciate sui confini da parte della autorità competenti.
 - FORMAZIONE: ri-edizione di incontri formativi dedicati al corretto utilizzo DPI/Sanificazione/misure di prevenzione per operatori afferenti alla Struttura ed Enti convenzionati

PIANO PANDEMICO PER IL CONTROLLO DELLA DIFFUSIONE DELL'INFEZIONE DA COVID 19
EMERGENZA URGENZA – CENTRALE PER TEAM INTERVENTO RAPIDO/TRANSIZIONE H – T



CENTRALE OPERATIVA FARNETO

Numero Unico per i Servizi Sanitari NON URGENTI



Parallelamente alla Riforma del Sistema Sanitario Regionale, con Delibera Regionale n. 2039 del 16 ottobre 2015, viene definito il Piano dell'Emergenza Urgenza della Regione Friuli Venezia Giulia (PEU) che, oltre a definire standard di risorse e protocolli per garantire la risposta omogenea a livello regionale, si occupa anche di delineare i rapporti con i servizi dedicati all'assistenza primaria.

È previsto che la Rete regionale d'Emergenza Urgenza ed i servizi presenti sul territorio, realizzino un sistema integrato in grado di garantire al cittadino, in tutti i casi di necessità, un'efficiente presa in carico, attraverso le seguenti componenti:

- Centrale Operativa dell'assistenza primaria 116.117
- MMG, Pediatri di Libera Scelta, Servizi di Continuità Assistenziale
- Trasporti sanitari non urgenti, funzionali ai percorsi assistenziali
- Servizi di Salute mentale
- Sanità penitenziaria

Con la Conferenza Stato-Regioni, atto n. 221/CSR del 24/11/2016 - *Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116.117*, si sono fornite indicazioni relativamente all'adozione di sistemi di ricezione delle richieste di assistenza primaria nelle 24 ore finalizzati ad assicurare la continuità delle cure al fine di intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità, mediante la:

- centralizzazione almeno su base provinciale, delle chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale;
- condivisione con il servizio di Emergenza Urgenza, delle tecnologie e integrazione con i sistemi informativi regionali lasciando comunque distinto l'accesso degli utenti alle numerazioni 118 e della Continuità Assistenziale.

L'attivazione del numero 116.117 non è solo legata alla sostituzione dei numeri di Continuità Assistenziale ma anche all'implementazione dei servizi h. 24 secondo i contenuti dell'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 e del Patto per la salute 2014 -2016, con particolare riferimento alle funzioni in grado di assicurare la continuità delle cure e di intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità integrando la CA. Sempre la Conferenza Stato-Regioni, atto n. 221/CSR del 24/11/2016, indica che la risposta deve essere garantita da operatori competenti in grado di valutare la richiesta ed eventualmente instradarla verso servizi/professionisti in grado di soddisfare il bisogno, senza il ricorso a segreterie telefoniche o sistemi di risposta automatizzati; ciò riconduce alla necessità di garantire la costante presenza dell'operatore nell'arco delle 24 ore. Tale numero, oltre che dedicato al servizio di cure mediche da erogarsi negli orari di competenza della CA, è destinato a rappresentare anche un valido riferimento sia per i pazienti e le loro famiglie sia per gli operatori sanitari e sociali del territorio nonché per gli operatori dell'ospedale, al fine di agevolarne e supportarne i percorsi nell'ambito della rete organizzativa ed operativa dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali.

La CENTRALE OPERATIVA FARNETO, Numero Unico per i Servizi Sanitari NON URGENTI (NUMERO VERDE 800614302) è il riferimento per ora, per la provincia di Trieste (a breve lo sarà anche per la Provincia di Gorizia) per accedere alle cure mediche **NON URGENTI**. Offre una copertura sulle **24 ore per 365 giorni all'anno** e la chiamata è completamente gratuita. Questo numero affianca il 112, e gestisce tutte le chiamate destinate ai servizi di **Continuità Assistenziale (Ex Guardia Medica)**, alla rete delle cure primarie, alla gestione di richieste di natura socio- assistenziale. I professionisti che rispondono al numero mettono a disposizione esperienza, competenze e tecnologie adatte ad identificare correttamente il bisogno di salute dei cittadini. In base alle necessità, chi chiama verrà messo in contatto **con il servizio assistenziale più appropriato** per la risoluzione dei problemi **NON URGENTI**. La centrale di risposta è localizzata a Trieste ed è interconnessa con la centrale 112 di Palmanova. Se gli operatori dovessero identificare una situazione con caratteristiche di emergenza, la chiamata verrà immediatamente passata alla centrale operativa del 112, per un intervento tempestivo.

COSA FA

Prestazioni e/o consigli medici NON URGENTI

Attiva un medico del **Servizio di Continuità Assistenziale (Ex Guardia Medica)**, che potrà operare mediante consulenza telefonica, visita ambulatoriale o visita domiciliare.

Raccordo con i Servizi territoriali

Mette in contatto il cittadino con i servizi territoriali competenti per la problematica rilevata.

Medici di Medicina Generale e Medicina Generale Integrata

Fornisce informazioni e raccordo relativamente a prestazioni diagnostico/terapeutiche con i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta anche in forma aggregativa in caso di problematiche rilevate NON URGENTI.

Raccordo con i Servizi territoriali

Mette in contatto gli utenti con i servizi territoriali e con le strutture e gli operatori più adatti.

Individuazione e trasferimento richieste di soccorso a 112

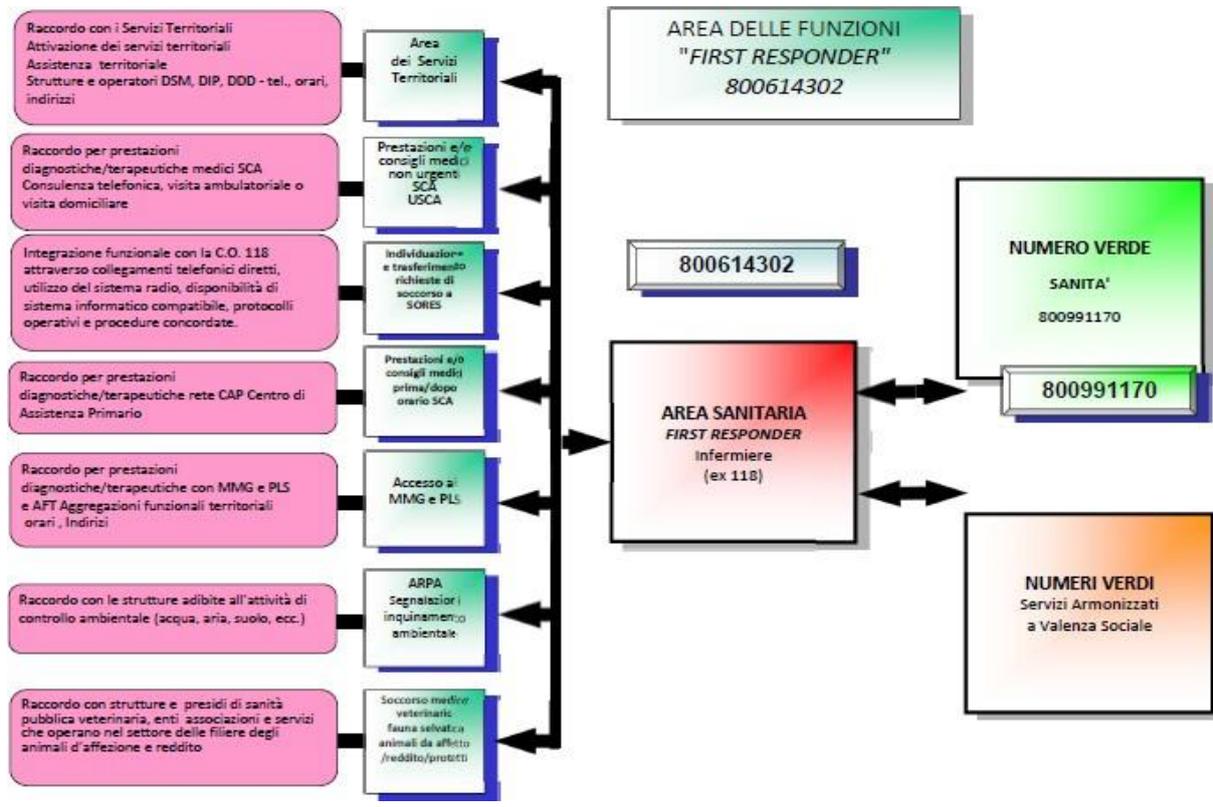
Interagisce con la centrale 112 di Palmanova, attraverso collegamenti telefonici diretti e utilizzo di tecnologie e protocolli operativi condivisi

Segnalazione di inquinamento ambientale

Raccorda il cittadino con le strutture adibite all'attività di controllo ambientale

Soccorso veterinario

Indirizza il cittadino alle strutture e ai presidi di sanità pubblica veterinaria, gli enti, le associazioni e i servizi che operano nel settore delle filiere degli animali di affezione e di reddito (ad esempio rimozione carcasse o patologie acute di animali da compagnia)



5.2 AREA PRONTO SOCCORSO MEDICINA D'URGENZA

Premessa:

L'evento COVID, iniziato a fine febbraio 2020, ha messo a dura prova la capacità dell'intera SOC, di adottare ed adattarsi a nuove soluzioni/percorsi clinico decisionali ed assistenziali imposti dalla pandemia.

A fronte di sollecitazioni al cambiamento (di percorso, di cura...) quasi quotidiane, siamo ora in grado di identificare meglio le criticità essenziali di percorso dei pazienti con possibile infezione virale da SARS-CoV-2 e quindi di definire delle priorità organizzative che impattano in modo assoluto sulla sicurezza di pazienti ed operatori sanitari.

Elenco le priorità organizzative che attualmente possiamo considerare consolidate con i limiti di dover operare in un contesto di superficie operativa del PS assai limitata:

1. Attivazione della funzione di Pre-triage all'esterno dell'area operativa del Pronto Soccorso (allegato A)
2. Separazione dei percorsi:
 - a) Definizione di area di accoglimento e valutazione per pazienti con Covid sospetto o accertato
 - b) Definizione di area di accoglimento e valutazione per pazienti con patologia non sospetta Covid
 - c) Definizione di aree di degenza "grigia"
3. Diagnosi e stratificazione del rischio in PS (allegato B)
4. Tampone: modalità di processo
5. Percorso PS Maggiore
6. DPI: modalità di impiego nelle diverse aree operative della SOC: pre-triage/triage/area covid/area free/trasporti/medicina d'urgenza
7. Risorse ed organizzazione del personale nelle diverse aree di assistenza del Pronto Soccorso-medicina d'urgenza
8. Medicina d'urgenza
9. Pronto Soccorso SPOKE

1. PRE-TRIAGE:

in ogni unità operativa di Pronto Soccorso, HUB (Cattinara) o SPOKE (Ospedale Maggiore-Ospedale Gorizia-Ospedale Monfalcone), è operativa dall'inizio della pandemia una funzione di pre-triage strutturata all'esterno di ogni singolo Pronto Soccorso. L'operatore (infermiere/volontario sanitario addestrato) segue le indicazioni del protocollo specifico (allegato A) e, supportato dall'infermiere di triage, definisce il rischio COVID. A seconda dell'esito della stratificazione del rischio il paziente viene inviato verso percorso covid/percorso pulito.

2. PERCORSI (allegati B-C-D)

COVID: dal pre-triage il paziente percorrendo l'area triage senza sostare, viene accompagnato dal personale sanitario /ausiliario con DPI idonei*, presso l'area Gialla (ex OBI); la valutazione clinica e strumentale viene eseguita in ambulatorio 4 così come il tampone nasofaringeo. I pazienti che non necessitano di terapia specifica emergente (percorso stroke, percorso STEMI-percorso Politrauma) vengono stabilizzati e trattenuti in AREA COVID sino al referto del tampone. In base al referto del tampone ed alle condizioni cliniche, in particolare in base al grado di severità dell'insufficienza respiratoria (allegata B), si distinguono i seguenti scenari:

- Tampone positivo: ricovero presso le AREE COVID definite dalla DS: infettivologia/pneumologia/ARTA.
- Tampone negativo: vanno distinti i pazienti ad alto rischio COVID da quelli a basso rischio.
 - Tampone negativo, paziente alto rischio COVID (infezione respiratoria in atto, sintomatica/rischio epidemiologico elevato): si richiede visita pneumologica così da definire la necessità di eseguire BAL in emergenza
 - Tampone negativo in paziente a medio/ basso rischio COVID (assenza di segni di infezione respiratoria), secondo indicazioni cliniche (allegato C-D) si procede a dimissione/ ricovero in AREA GRIGIA.

AREA GRIGIA: rappresenta l'area di degenza, specificamente identificata dalla DS, in cui vengono ricoverati i pazienti a medio alto rischio COVID, con primo tampone negativo. Allo stato attuale sono state definite AREE GRIGIE la Clinica Medica e la Medicina d'Urgenza; in queste aree di degenza viene:

- a. massimizzata la distanza di sicurezza tra pazienti,
- b. ottimizzato l'impiego dei DPI da parte degli operatori sanitari
- c. regolarmente eseguito il tampone di sorveglianza dopo 48 ore dal ricovero e successivamente ogni 48/72 ore per tutta la degenza

Dal punto di vista operativo i pazienti con 2° tampone negativo e risposta clinica alla terapia istituita possono essere considerati liberi da COVID e quindi vengono dimessi o indirizzati a ricovero presso le aree NO COVID (medicina clinica, medicina interna 9/10 p, chirurgie, specialistiche).

Per contro se il 2° tampone o uno dei successivi, dovesse risultare positivo, il paziente viene inviato in unità COVID e si procede con i tamponi di sorveglianza per i pazienti degenti presso la stessa stanza e i sanitari.

COVID FREE: dal pre-triage il paziente viene accompagnato all'area triage in cui l'infermiere ne verifica le condizioni cliniche, definisce il rischio clinico mediante supporto del software SEI e specifica l'area di attesa e di cura; l'area di attesa per i pazienti non a rischio COVID è rappresentata dalla sala d'attesa del PS nonché dall'area barelle del triage, in cui secondo indicazioni specifiche il personale opera per ridurre al minimo il rischio di contagio, verificando le distanze di sicurezza e l'impiego continuo delle mascherine chirurgiche.

Dall'area triage/attesa il paziente secondo priorità clinica, viene accompagnato passando dalla camera calda presso le aree di valutazione "Pulite" del PS:

- AREA RAU: area definita al processo dei codici rapidi secondo protocollo
- AREA VERDE: ambulatori (1-4) dedicati al processo dei codici verdi e bianchi
- AREA GIALLA: area di processo dei codici gialli e rossi

3. DIAGNOSI:

L'infezione causata dal Coronavirus 19 (COVID-19) è caratterizzata da febbre, tosse e altri sintomi simili alla comune influenza ma in alcuni soggetti si può verificare un rapido coinvolgimento delle vie respiratorie inferiori che esita in quadri polmonari particolarmente gravi, determinando marcata compromissione dello scambio dei gas.

I pazienti affetti da questa sindrome possono necessitare di un monitoraggio intensivo e di cure progressivamente più complesse in proporzione alla gravità della polmonite che il virus determina.

Il quadro clinico alla presentazione in pronto soccorso determina il setting assistenziale adeguato alla gestione di questi pazienti e la tipologia di trattamento necessaria.

Dalle osservazioni empiriche provenienti dall'esperienza diretta della gestione di questi pazienti in aree ad elevata incidenza della patologia, è stato possibile individuare quattro presentazioni caratteristiche della sindrome associabili a livelli di assistenza differenti e progressivamente più impegnativi, in proporzione alla gravità della sindrome (Allegato E)

La stratificazione del rischio clinico (ALLEGATO C-D-E):

Si basa fondamentalmente su due parametri:

- il livello di coinvolgimento polmonare anatomico (mediante *imaging* toracico: RX, ECO,TC)
- il livello di compromissione della funzione respiratoria (emogasanalisi o saturimetria a riposo o, nei casi sospetti, sotto sforzo).

Il quadro radiologico è stato standardizzato attraverso uno score validato in passato per la SARS e riproposto nell'epidemia attuale dall'esperienza cinese (*Lung Score*) (Allegato F). Lo score assegna un punteggio da 0 a 4 a seconda della percentuale di coinvolgimento del parenchima polmonare a ciascuno dei 5 distretti polmonari principali (lobi superiore, destro e sinistro, lobo medio e lobi inferiori destro e sinistro) e sembra essere correlato con l'evoluzione della malattia.

Nella valutazione della capacità funzionale e quindi dello scambio dei gas polmonare, sembra ragionevole, vista l'elevata instabilità di questi malati, distinguere i pazienti, dopo un breve trial con ossigeno-terapia ad elevate concentrazioni ($FiO_2 > 50\%$), in pazienti che rispondono alla terapia con ossigeno (*Responder*) o non responsivi (*No-Responder*). I malati non responsivi sembrano giovare di un'intubazione precoce anche in assenza dell'alterazione degli altri parametri vitali.

Anche nell'ottica di un'ottimizzazione delle risorse ospedaliere nel contesto della pandemia, ai diversi quadri corrispondono percorsi clinici differenti, per i pazienti rispettivamente con:

- rischio minimo
- rischio lieve
- rischio moderato
- rischio severo

Paziente a Rischio Minimo: caratterizzato da una frequenza respiratoria (FR) < 22 atti/min, una Sat. $> 95\%$ in aria e con P/F > 450 . Le metodiche di *imaging* toracico non mostrano compromissione del parenchima polmonare o solo un coinvolgimento lieve (*ground glass* in non più di due distretti o Lung Score < 4). Non presenta abitualmente fattori di rischio (ovvero età > 70 anni, patologie cardiovascolari, diabete mellito, insufficienza renale, malattie respiratorie croniche, obesità, immunodepressione, neoplasie, malnutrizione, tabagismo, patologie epatiche o gravidanza a rischio).

Dopo aver effettuato il tampone e prima della dimissione, utile effettuare una valutazione sotto sforzo (6' Walking Test o Step Test di 3') per escludere desaturazione significativa sotto sforzo (una caduta di 4% della saturazione).

Una volta dimesso, il paziente dovrà seguire una quarantena fiduciaria ed eventuale terapia a seconda del giudizio del medico, allertando i servizi territoriali per il follow-up.

Paziente a Rischio Lieve: caratterizzato da una FR > 22 atti/min, una SpO₂ $< 95\%$ in aria ambiente. In O₂ terapia con VM fino a FiO₂ 50%. Responder se FR < 22 e SpO₂ 93-96% dopo trial di 1-2 ore con O₂ o P/F 300 - 450 dopo trial di 1 ora con VM 50%. La radiografia del torace è spesso dubbia, l'ecografia mostra A-Lines o B-Lines in più di 2 distretti e la TC del torace ad alta risoluzione mostra *ground glass* diffuso in più di 2 distretti o HRCT Lung Score < 6 . Il monitoraggio deve prevedere la misurazione della PAS, il GCS, la FR, la Sat.O₂ e il frequente controllo dell'EGA. Il paziente potrà essere ricoverato in reparto di degenza ordinaria e sottoposto a terapia specifica. In reparto si provvederà anche alla ricerca di diagnosi alternative (legionella, altri virus, aspergillo...).

Paziente a Rischio Moderato: caratterizzato da FR > 22 , SpO₂ $< 95\%$ in FiO₂ $< 50\%$. In O₂ + CPAP/ NIV (con PEEP 10-15) e FiO₂ $> 50\%$, valutare se Responder: FR < 22 , SpO₂ 93-96% dopo trial di 1-2 ore con O₂+CPAP/NIV oppure P/F 200-300 dopo trial di 1-2 ore in CPAP/NIV. Le metodiche di *imaging* toracico mostrano: Rx Torace, positivo. All'ecografia B-Lines confluenti in più di 2 distretti o

consolidamenti e alla HRCT impegno diffuso (ground glass, crazy paving, organizing pneumonia) o HRCT Lung Score>6.

Il monitoraggio deve essere continuo (ECG - PAS - GCS - FR - SpO₂). Il calcolo del SOFA Score e più facilmente il livello dei Lattati è utile per la valutazione del danno d'organo e per il rilevamento dei segni precoci dello shock.

Il setting adeguato dovrebbe essere la terapia Subintensiva COVID.

Paziente a Rischio Severo: caratterizzato da FR >22, SpO₂ <94% in FiO₂>50%. In O₂ + CPAP/ NIV (PEEP 10-15) con FiO₂>50%, si definisce Non-Responder se FR>22, SpO₂<93% dopo trial di 1-2 ore con CPAP/NIV o P/F<200 dopo trial di 1-2 ore in CPAP/ NIV. La radiografia del torace è positiva e all'ecografia del torace si apprezzano i consolidamenti e B-Lines confluenti diffuse. L'HRCT mostra un impegno diffuso (ground glass, crazy paving, organizing pneumonia) o HRCT Lung Score > 6. Il setting adeguato dovrebbe essere la terapia intensiva e va considerata la IOT che non va ritardata anche in assenza di compromissione dello stato di coscienza o dell'emodinamica.

4. TAMPONE: modalità di processo

Per i campioni dovranno essere chiaramente indicati i livelli di urgenza, per permettere la refertazione nelle tempistiche sotto indicate:

1. URGENTI: processo dedicato ai tamponi provenienti dal Pronto Soccorso o per campioni provenienti da pazienti di Unità Specialistiche con documentate necessità cliniche emergenti indifferibili (procedure invasive: chirurgia/angiografia/rivascolarizzazione/endoscopia). Vengono processati con due tecnologie diverse con diversi tempi di esecuzioni:
 - a) Genexpert, tempo di esecuzione 45 minuti
 - b) Liaison MDX, tempo di esecuzione 2 ore
2. NON URGENTI: processo dedicato ai tamponi programmati da tutti i reparti; trattandosi in genere di secondi tampone su pazienti degenti o con programma di procedura definito per i quali è sufficiente una risposta entro 4-6 ore; viene effettuato un test molecolare convenzionale (Seegene, tempo di esecuzione 4 ore, in batch con sedute eseguibili ogni 2-2,5 ore) - risposta entro 6 ore. Nello specifico si raccomanda ciascuna unità operativa a far pervenire i campioni programmabili entro le seguenti fasce orarie:
 - a) Entro le 7.00: refertazione possibile entro le 15.00
 - b) Entro le 13.00: refertazione possibile entro le 19.30
 - c) Entro le 19.30: refertazione possibile entro le 23.30

La consegna dei campioni urgenti dovrà essere effettuata direttamente al personale del Laboratorio COVID-19; l'urgenza dovrà essere segnalata sul sacchetto contenente il campione e comunicata a voce.

Tipo processo	MARCATORE DI PROCESSO
EXPRESS	X
EMERGENTE	E
NON URGENTE	nessuna

Recapito telefonico in orario diurno: interno 4345

In orario notturno i campioni urgenti devono essere preannunciati al Dirigente in Pronta disponibilità (tramite il centralino, chiedendo del **Reperibile della Microbiologia**)

Indicazioni operative specifiche per il Pronto Soccorso:

ore	Ore 8.00-20.00	Ore 20.00-24.00	Ore 00.00-8.00
Processo Express	N° 10 tamponi express	N° 5 tamponi express	
Processo Emergente	Secondo necessità		
Processo Routine	Sospeso		*Processo campioni: ore 00.00- 4.00

**Percorso utilizzabile se processo emergente non disponibile*

A tutt'oggi la tipologia dei pazienti ai quali è indicato l'invio del campione mediante **processo EXPRESS** è la seguente:

- a) Paziente con patologia cardiologica acuta (Sindrome coronarica acuta,STEMI-NSTEMI, Angina instabile, aritmie minacciose (Blocchi avanzati-aritmie ventricolare complesse), shock cardiogeno
- b) Paziente con insufficienza cardio-respiratoria grave, in corso di definizione diagnostica, passibile di ventilazione a pressione positiva (CPAP/NIV)
- c) Paziente con patologia psichiatrica acuta con necessità di ricovero urgente presso CSM

Si raccomanda di non estendere tale indicazioni a patologie non pertinenti

5. PERCORSI PS OSPEDALE MAGGIORE:

A tutti i pazienti che si presentano in pre-triage viene posizionata una mascherina chirurgica e fatto fare il lavaggio delle mani con il gel idroalcolico.

COVID: I pazienti che da scheda pre-triage sono sospetti, ma per sintomatologia non necessitano di essere posizionati su barella vengono valutati dal medico direttamente in area di Pre-triage; vengono fatti attendere nella tenda posizionata all'esterno del PSOM.

Dopo la visita vengono sottoposti a tampone COVID in area Pre-triage secondo indicazione medica. In genere trattasi di pazienti che non necessitano di terapie urgenti, se non il trattamento della sede di trauma (ferite-contusioni-distorsioni) e di accertamenti radiologici o di visita specialistica. Una volta avuto l'esito del tampone si dispone l'invio ai servizi o la dimissione.

I pazienti che invece non possono attendere/essere visti in area Pre-triage, vengono fatti entrare in PS e accedono dal pre-triage direttamente nei BOX dell'osservazione predisposti per i casi COVID o sospetti COVID che sono:

- BOX 5 (un posto letto; paziente sospetto per sintomi/segni/epidemiologia)
- BOX 1 (due posti letto; distanziamento di sicurezza rispettato (> 1 m), pazienti con bassa probabilità COVID; in queste aree il paziente attende l'esito del referto prima di completare il percorso).

Una volta occupato uno o più box, la porta elettrica tra l'area 1 e l'area 4 viene chiusa al fine che nessun paziente possa accedervi.

COVID FREE: dal momento in cui gli ambulatori dedicati a pazienti covid o sospetti covid vengono occupati, i pazienti che da scheda pre-triage non hanno criteri sospetti o positivi al Covid, accedono agli ambulatori di visita tramite il corridoio esterno all'anello del Pronto Soccorso.

Se barellati, dal passaggio interno 'trriage barellati - percorso blu.

PERCORSO VERSO AMBULATORI O RADIOLOGIA: I pazienti COVID o sospetti COVID che devono eseguire visite specialistiche non eseguibili in PS oppure indagine radiologica, vi accedono tramite corridoio interno: area 4 - area 3 sempre con mascherine chirurgica e avvisando il reparto di destinazione o la radiologia. Il Servizio ricevente definisce la sicurezza del percorso (gestione delle persone in area di passaggio, area di attesa, ambulatori)

IMPIEGO DPI: da procedure in uso, tutti gli operatori presenti in PS indossano FFP2 e guanti e in situazioni di casi sospetti o accertati indossano FFP2/ FFP3 camice idrorepellente o trilaminato o tuta tyvek, doppio paio guanti, visiera o occhiali di protezione, cuffia e soprascarpe.

6. DPI: modalità di impiego nelle diverse aree operative:

AREA OPERATIVA	Fase di stabilità (oggi)	Fase di ripresa dei contagi	Fase Pandemica
TRIAGE	Mascherina ffp2 o p3, guanti occhiali protettivi se necessario	Mascherina ffp2 o ffp3, guanti, occhiali protettivi, camice generico	Mascherina ffp2 o ffp3 ,guanti, occhiali protettivi, camice generico
AMBULATORI/OBI	Mascherina ffp2 o p3, guanti occhiali protettivi se necessario	Mascherina ffp2 o ffp3, guanti , occhiali protettivi, camice generico	Mascherina ffp2 o ffp3, guanti , occhiali protettivi, camice generico
AREA DI FLUSSO	Mascherina ffp2 o p3, guanti occhiali protettivi se necessario	Mascherina ffp2 o p3, guanti occhiali protettivi se necessario	Mascherina ffp2 o p3, guanti occhiali protettivi
AREA COVID	Mascherine ffp2 ffp3, guanti (doppio paio), camice idrorepellente o trilaminato, tuta tyvek, soprascarpe, cuffia o scafandro, visiera o occhiali di protezione.		
RAU	Mascherina ffp2 o p3, guanti occhiali protettivi se necessario	Mascherina ffp2 o p3, guanti occhiali protettivi se necessario, camice generico	Mascherina ffp2 o p3, guanti occhiali protettivi, camice generico
MEDICINA D'URGENZA	Mascherine ffp2 ffp3, guanti (doppio paio), camice idrorepellente o trilaminato, tuta tyvek, sovrascarpe, cuffia o scafandro, visiera o occhiali di protezione. IN REVISIONE		
AUSILIARI	ffp2	ffp2-guanti- camice generico Se accompagnamento sospetto o positivo camice in trilaminato	ffp2-guanti- camice generico Se accompagnamento sospetto o positivo camice in trilaminato

7. DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE NELLE DIVERSE AREE DI ASSISTENZA DEL PRONTO SOCCORSO

Situazione attuale (FASE DI STABILITÀ)

assenza o assoluta sporadicità di riscontro di tamponi positivi: sostanzialmente il modello operativo è quello descritto in quanto si mantiene la funzione di pre-triage, si mantiene attiva la funzione RAU per pazienti negativi al pre-triage e si riduce al minimo l'area COVID cercando di espandere sia in termini spaziali che di personale l'area Covid free:

- Area Covid: stanza n° 3-4 e 6
- Area no Covid: stanza n° 1-2-area OBI Verde, ambulatori 1-2-3-4

FASE DI STABILITA'		Area COVID	AREA COVID FREE		
	Area triage		Area RAU (ore 9-17)	Area AMBULATORI	Area Gialla/rossa
MEDICI	0	1	1	2	1
INFERMIERI	2	1	1	2+1 flussista	3
OSS	0	1	1	1	1
Percorso RX	I pazienti delle due aree eseguono le radiografie nella medesima sezione radiologica al piano (Radiologia d'urgenza III°p) I casi che provengono dall'area covid vengono compattati e l'area radiologica sanificata ogni volta dopo il processo degli stessi				
Percorso TC	Tc dedicate per area covid e area covid free				

FASE DI RIPRESA DEI CONTAGI

- si mantiene la funzione di pre-triage
- si espande l'area COVID: nello specifico, l'area gialla viene dedicata completamente alla valutazione dei pazienti sospetti o accertati Covid e comprende le stanze 1-2-3-4-6
- nelle stanze, se possibile, si attiva l'isolamento del paziente; qualora la numerosità dei casi non lo consentisse, si procede con un isolamento di coorte, mediante stratificazione clinica pretampone
- si ridefiniscono i percorsi di radiodiagnostica e di consulenza
- se necessario stanze 3 e 6, con singolo paziente possono essere dedicate a supporto respiratorio non invasivo

FASE DI RIPRESA DEI CONTAGI		Area COVID	AREA COVID FREE		
	Area triage		Area RAU (ore 9-17)	Area AMBULATORI	Area Gialla/rossa
MEDICI	0	1	1	1	2
INFERMIERI	2	3	1	2	2
OSS	0	1	1	1	1
Percorso RX	I pazienti provenienti dall'area covid vengono processati nella sezione radiologica al piano (Radiologia d'urgenza III°p) I pazienti provenienti da aree COVID FREE (RAU-ambulatori-area gialla) vengono inviati in radiologia al 2° piano				
Percorso TC	Tc dedicate per area covid e area covid free				

FASE PANDEMICA: secondo numerosità di casi sospetti o documentati

- Si mantiene la funzione pre-triage
- Si sospende la funzione RAU
- Se insufficiente per il distanziamento dei singoli pazienti, si procede a divisione dell'area attesa del triage:
 - Area A per sospetti Covid
 - Area B per altre patologie
- Si espande l'area Covid in OBI verde
- Il processo di casi no covid avviene per i codici minori negli ambulatori (1-2-3-4) mentre per i codici maggiori, giallo e rosso, in area RAU

FASE PANDEMICA		Area COVID	AREA COVID FREE	
	Area triage		Area RAU (area gialla/rossa)	Area AMBULATORI
MEDICI	0	2	1	2
INFERMIERI	2	4 (+2)	2	2
OSS	0	2	1	1
Percorso RX	I pazienti provenienti dall'area covid vengono processati nella sezione radiologica al piano (Radiologia d'urgenza III°p) I pazienti provenienti da aree COVID FREE (RAU-ambulatori-area gialla) vengono inviati in radiologia al 2° piano			
Percorso TC	Tc dedicate per area covid e area covid free			

Turno notturno:

le risorse infermieristiche e di ausiliari restano le stesse programmate per le ore diurne; per la presenza medica si passa minimo n° 2 medici con funzioni separate per area Covid ed area Covid free ma è mandatorio rinforzare il turno con la presenza di un ulteriore medico ricorrendo a strumenti d'emergenza (ad esempio, prolungamento contratto medici co.co.co., RAR)

8. MEDICINA D'URGENZA

In tutte le fasi successive alla pandemia COVID 19 la medicina d'urgenza mantiene la sua funzione di accoglimento per pazienti con necessità di assistenza clinica e monitoraggio semi/sub intensivi di AREA GRIGIA.

Accoglie quindi esclusivamente pazienti con primo tampone negativo, ed in via eccezionale accoglie pazienti in attesa di tampone in stanze a pressione negativa, solo se necessitano di supporto ventilatorio non invasivo.

In tutti i casi è garantita la sicurezza degli operatori sanitari mediante appropriato utilizzo di DPI come da prescrizione Aziendale e distanziamento > 1 m.

Per i pazienti con 1° tampone negativo ma ad alto rischio Covid, si prevede esecuzione urgente di BAL secondo indicazione dello specialista Pneumologo

In caso di positivizzazione in attesa di trasferimento verso Area Covid il paziente viene isolato, ed i pazienti che ne condividono la stanza, sottoposti a tampone emergente (express)

Come da protocollo Aziendale, tutti i degenti dell'area OBI/Medicina d'Urgenza eseguono tampone Covid ogni 48/72 per l'intero periodo di degenza

9. OSPEDALI SPOKE:

Secondo protocolli interni consolidati:

- a) mantengono la funzione di pre-triage
- b) consolidano e modulano la dimensione dell'Area Covid a seconda della numerosità dei pazienti
- c) i pazienti con tampone positivo vengono centralizzati verso struttura COVID, secondo complessità clinica
- d) i pazienti con primo tampone negativo vengono stratificati secondo rischio clinico (infezione respiratoria/epidemiologia di alto rischio) e quindi suddivisi per esito:
 - DIMISSIONE
 - RICOVERO AREA GRIGIA
 - RICOVERO AREA BIANCA (COVID FREE)
- e) specificano risorse e protocollo di centralizzazione dei pazienti COVID positivi

9.1 PRE-TRIAGE:

Attualmente la funzione pre-triage presso le Strutture Ospedaliere Aziendali di allestita Gorizia e Monfalcone, sono garantite mediante l'utilizzo di moduli/container collocati nei pressi della "camera calda".

La soluzione adottata, seppur con strutture esterne provvisorie, risulta essere funzionale ed accogliente, in grado di rispondere in modo appropriato alle esigenze igienico sanitarie, e si è dimostrata adeguata anche in condizioni climatiche variabili

L'accoglimento degli utenti che accedono alla SC di PS segue le indicazioni condivise a livello Aziendale con valorizzazione dei rischi clinici ed epidemiologici del singolo utente (allegato A).

9.2 PERCORSI

COVID: dall'area pre-triage il paziente individuato e valutato come sospetto, viene accompagnato dal personale sanitario /ausiliario con D.P.I. idonei*, presso le aree prestabilite di "ISOLAMENTO" in cui avviene la prima stratificazione del rischio Covid mediante valutazione clinica e esecuzione del tampone nasofaringeo.

I pazienti che non necessitano di terapia specifica emergente (percorso stroke, percorso STEMI-percorso Politrauma) vengono stabilizzati e trattenuti in area di ISOLAMENTO, sino al referto del tampone. In base al referto del tampone ed alle condizioni cliniche, in particolare in base al grado di severità dell'insufficienza respiratoria (allegata B), si distinguono i seguenti scenari:

- Tampone positivo: ricovero presso le AREE COVID definite dalla DS: infettivologia/pneumologia/ARTA.
- Tampone negativo: vanno distinti i pazienti ad alto rischio COVID da quelli a basso rischio.
 - Tampone negativo, paziente alto rischio COVID (infezione respiratoria in atto, sintomatica/rischio epidemiologico elevato): si richiede visita pneumologica così da definire la necessità di eseguire BAL in emergenza
 - Tampone negativo in paziente a medio/ basso rischio COVID (assenza di segni di infezione respiratoria), secondo indicazioni cliniche (allegato C-D) si procede a dimissione/ ricovero in AREA GRIGIA.

AREA GRIGIA: rappresenta l'area di degenza, specificamente identificata dalla DS, in cui vengono ricoverati i pazienti a medio alto rischio Covid, con primo tampone negativo.

Allo stato attuale sono state definite AREE GRIGIE le **TERAPIE INTENSIVE** dei due nosocomi: è disponibile 1 P.L. dedicato e separato dal resto presso la Terapia Intensiva di Gorizia ed 1 P.L. in via di realizzazione (10 agosto attivazione a completamento della pianta organica) di 1 P.L. dedicato presso la Terapia Intensiva di Monfalcone; in queste aree di degenza viene:

- a) massimizzata la distanza di sicurezza tra pazienti,

- b) ottimizzato l'impiego dei DPI da parte degli operatori sanitari
- c) regolarmente eseguito il tampone di sorveglianza dopo 48 ore dal ricovero e successivamente ogni 48/72 ore per tutta la degenza

Dal punto di vista operativo i pazienti con 2° tampone negativo e risposta clinica alla terapia istituita possono essere considerati liberi da COVID e quindi vengono dimessi o indirizzati a ricovero presso le aree NO COVID (Medicina Interna o Medicina d'Urgenza).

Per contro se il 2° tampone o uno dei successivi, dovesse risultare positivo, il paziente viene inviato in unità COVID e si procede con i tamponi di sorveglianza per i pazienti degenti presso la stessa stanza e i sanitari.

COVID FREE: dall'area pre-triage il paziente viene accompagnato all'area triage in cui l'infermiere ne verifica le condizioni cliniche, definisce il rischio clinico mediante supporto del software SEI e specifica l'area di attesa e di cura; l'area di attesa per i pazienti non a rischio COVID è rappresentata dalla sala d'attesa del PS, in cui secondo indicazioni specifiche il personale opera per ridurre al minimo il rischio di contagio, verificando le distanze di sicurezza e l'impiego continuo delle mascherine chirurgiche.

AREE DI VALUTAZIONE E TRATTAMENTO POST TRIAGE:

S.C. di GORIZIA:	S.C. di MONFALCONE
a) AREA TRIAGE: area definita al processo dei codici rapidi secondo protocollo	a) AREA RAU: area definita al processo dei codici rapidi secondo protocollo
b) AREA VERDE: ambulatori (3-4) dedicati al processo dei codici verdi e gialli	b) STANZA PEDIATRICA: possibilità di valutazione di utenti pediatrici con stanza dedicata
c) AREA "SPORCA": ambulatori (1-2) dedicati al processo e stabilizzazione dei codici gialli e rossi di casi sospetti o bisognosi di ventilazione assistita	c) AREA VERDE: ambulatori dedicati al processo dei codici verdi e gialli
d) AREA ISOLAMENTO: stanze singole identificate ed assegnate STANZA 1 – 2 – 3 dedicate ai pazienti classificati a rischio severo di possibile positività con condizioni cliniche stabili	d) AREA ROSSA: area di processo dei codici gialli e rossi
e) STANZA 1 ISOLAMENTO: possibilità di valutazione di utenti pediatrici con stanza dedicata	e) AREA "SPORCA": container con accesso dalla camera calda

AREA OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA (OBI): rappresenta l'area di degenza, disponibile presso i locali del Pronto Soccorso di Gorizia e Monfalcone, in cui vengono ricoverati i pazienti a **medio basso rischio COVID**, con primo tampone negativo o in attesa di esito del tampone.

Allo stato attuale, è attiva al Medicina d'Urgenza di Gorizia con 3 P.L. e 8 P.L. di OBI; mentre, presso la SC di Monfalcone, sono disponibili 4 P.L. separati dal resto della Struttura Ospedaliera (moduli/container esterni) per gli utenti in attesa di esiti dei tamponi

MEDICINA D'URGENZA GORIZIA

In tutte le fasi successive alla pandemia COVID 19 la medicina d'urgenza dell'Ospedale di Gorizia mantiene la sua funzione di accoglimento per pazienti con necessità di assistenza clinica e monitoraggio semi/sub intensivi ed accoglie e processa pazienti di AREA GRIGIA.

Accoglie esclusivamente pazienti con primo tampone negativo, ed in via eccezionale accoglie pazienti in attesa di tampone in stanze a pressione negativa, solo se necessitano di supporto ventilatorio non invasivo (in fase di realizzazione).

In tutti i casi è garantita la sicurezza degli operatori sanitari mediante appropriato utilizzo di D.P.I. come da prescrizione Aziendale e distanziamento > 1 m.

Per i pazienti con 1° tampone negativo, ma ad alto rischio COVID, si prevede esecuzione urgente di BAL secondo indicazione dello specialista Pneumologo o dell'Anestesista Rianimatore.

In caso di positivizzazione, in attesa di trasferimento verso AREA COVID Aziendale (bassa complessità S.O.A. Maggiore-alta complessità ospedale di Cattinara), il paziente viene isolato, ed i pazienti che ne condividono la stanza vengono sottoposti a tampone EMERGENTE o RAPIDA (tempi di risposta 3 - 3 ½ ore)

Come da protocollo Aziendale, tutti i degenti dell'area O.B.I./Medicina d'Urgenza eseguono tampone Covid ogni 48/72 per l'intero periodo di degenza

9.3 DIAGNOSI:

vedi **punto 3** di questo capitolo (diagnosi HUB)

9.4 TAMPONE:

modalità operative disponibili per il Pronto Soccorso - Medicina d'Urgenza delle Strutture Ospedaliere Aziendali di Gorizia-Monfalcone verso il LABORATORIO ANALISI di MONFALCONE:

INVIO in modalità "NON URGENTE o ORDINARIA" (tempi di risposta 6 ore): trasferimento dei tamponi attraverso la collaborazione del messo ospedaliero (*solo per Gorizia*)

- dal LUNEDI' al VENERDI' programmazione viaggi: 08.30-09.15-10.15-11.30 - 14.00 - 16.00
(se necessario a chiamata)
- SABATO programmazione: 08.30 - 11.30
- DOMENICA su chiamata 08.30

INVIO in modalità "EMERGENTE o RAPIDA" (tempi di risposta 3 - 3 ½ ore): questa modalità deve essere comunicata al tecnico di turno del laboratorio di Monfalcone dichiarando le seguenti motivazioni di "*urgenze organizzative*": *ricovero in degenza, necessità di liberare posti letto, trasferimento ad altra Struttura Ospedaliera*

- dal LUNEDI' al VENERDI' programmazione viaggi: 08.30-09.15-10.15-11.30-14.00; **16.00**
(se necessario, a chiamata)
- SABATO programmazione: 08.30 - 11.30
- DOMENICA su chiamata 08.30

INVIO in modalità "EXPRESS" (tempi di risposta 1 ora): questa modalità deve essere comunicata al tecnico di turno del laboratorio di Monfalcone ed utilizzata **solo ed esclusivamente** per le seguenti condizioni cliniche:

- Patologia tempo dipendente (ad esempio, SCA, ecc.)
- Patologia acuta in paziente I.O.T. o in N.I.V.
- Patologia acuta con intervento chirurgico non procrastinabile
- Patologia acuta in paziente pediatrico
- Patologia psichiatrica acuta in paziente che necessita di ricovero CSM

Questa modalità prevede l'attivazione del messo aziendale attraverso la chiamata al centralino ospedaliero

Per agevolare ed ottimizzare la funzionalità dei due Pronto Soccorso, con disponibilità esclusiva per le due SOC di Pronto Soccorso, previa chiamata al tecnico del laboratorio di Monfalcone e del messo aziendale, si può attivare un trasporto di tamponi COVID-19, alle ore 23.00 - 23.30 (ricordo, che questo comporta la chiamata alle ore 22.30 - 23.00 - tempo stimato di arrivo da casa 30' minuti) ; **pertanto, tutti i tamponi COVID-19 successivi (esclusi i casi in modalità "EXPRESS"), potranno essere inviati a Monfalcone alle ore 08.30 il gg seguente.**

MODALITA' OPERATIVA CONFEZIONAMENTO ED INVIO TAMPONI COVID-19

- Accertarsi le modalità della richiesta di invio del tampone:
 - “NON URGENTE ORDINARIO”
 - “EMERGENZA o RAPIDA”
 - “EXPRESS”
- Utilizzare un'area adeguata per l'esecuzione del tampone e successivamente sanificare l'area Utilizzo dei D.P.I. necessari
- Esecuzione del tampone nasale e faringeo
- Confezionamento del campione nell'apposita provetta
- Effettuare la svestizione nell'apposita area identificata
- Etichettare la provetta ed inserirla nell'apposita busta per il trasporto
- Inserire all'interno della busta una confezione di ghiaccio sintetico, non mettendo a contatto diretto la provetta
- Etichettare la seconda busta e riportando le modalità d'invio (se necessario allertare il tecnico di laboratorio di Monfalcone)
- Riporre la busta unica (provetta + ghiaccio sintetico) all'interno dell'apposito contenitore per il trasporto in laboratorio di Gorizia/Monfalcone
- Verificare l'orario di esecuzione del tampone (tenendo in considerazione sempre degli orari programmati per il trasporto) e di attivare il messo aziendale se necessario (centralino).

9.5 PERCORSO PAZIENTE COVID POSITIVO/ALTO RISCHIO

I pazienti che risultano ad **alto rischio COVID** vengono immediatamente isolati dal resto degli altri utenti utilizzando il box Bianco e Verde e la STANZA ISOLAMENTO 2 o eventualmente con la possibilità di un posto letto dedicato presso la Terapia Intensiva; a seconda della complessità e gravità della patologia riscontrata, l'assistenza sanitaria erogata va in capo al medico di pronto soccorso o all'anestesista rianimatore con supporto infermieristico (Medicina d'Urgenza o Terapia Intensiva).

Il medico che ha in carico l'utente, contatta il Centro di Riferimento Aziendale per l'accoglimento del paziente COVID e attiva contestualmente l'equipaggio sanitario con ambulanza dedicata per il trasferimento: S.O.A. Maggiore di Trieste-SOA Cattinara

L'equipaggio sanitario, composto dal infermiere autista e medico (se necessario), predispone il trasferimento dopo apposita vestizione e presa in carico del paziente.

Al momento del trasferimento della degenza, viene attivata la squadra di pulizie predisposta per la sanificazione degli ambienti e del percorso.

9.6 DPI: MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO ED IMPIEGO NELLE DIVERSE AREE :

La valutazione degli approvvigionamenti dei DPI tiene conto del numero di personale in servizio quotidianamente presente nei vari ambiti di competenza specifici per ogni settore e sul calcolo dei flussi di pazienti. La possibilità di avere un'approvvigionamento diretto, nella fase della PANDEMIA, si è rivelato strategico e funzionale alle quotidiane esigenze reali degli operatori sanitari nei vari ambiti di competenza : Soccorso territoriale - Pronto Soccorso - OBI - Medicina d'Urgenza e Terapia Intensiva, e ci ha consentito un'occulatezza associato ad un risparmio economico negli ordini dei DPI : fase 2 persone attuali.

Le tabelle sottostanti riportano esattamente i flussi di DPI ordinati sulla base dei flussi di utenti accolti nei vari ambiti di competenza della SC di PS.

FABBISOGNO DPI per 50 sanitari	Fase di stabilità (oggi)	Fase di ripresa contagi	Fase Pandemica
AREA PRE – TRIAGE	D.P.I. fabbisogni per quotidiane nell'attività di assistenza sanitaria h 24 tenendo conto dei flussi utenti	D.P.I. fabbisogni per quotidiane nell'attività di assistenza sanitaria h 24 tenendo conto dei flussi utenti	D.P.I. fabbisogni per quotidiane nell'attività di assistenza sanitaria h 24 tenendo conto dei flussi utenti
AREA TRIAGE			
CARRELLO DEDICATO Stanze Isolamento1–2–3 Box Visita Accoglimento BOX BIANCO VERDE			
ARMADIO DEDICATO BOX GIALLO e ROSSO			
Area O.B.I. (8 P.L.) + Medicina d'urgenza (3 P.L.)			
Soccorso Territoriale AZIENDALE			
Soccorso Territoriale CONVENZIONATO	ANALOGO	ANALOGO	ANALOGO

FABBISOGNO DPI per 50 sanitari	Fase di stabilità (oggi)	Fase di ripresa contagi	Fase Pandemica
FFP3	50 pz al di'	65 pz al di'	80 pz al di'
MASCHERINE CHIRURGICHE	150 pz al di'	200 pz al di'	250 pz al di'
Camici CLASSE 3	40 pz al di'	60 pz al di'	80 pz al di'
TUTE MONOUSO CLASSE 3	10 pz al di'	30 pz al di'	40 pz al di'
SOVRASCARPE DPI	20 pz al di'	60 pz al di'	160 pz al di'
SOVRASCARPE	10 pz al di'	20 pz al di'	30 pz al di'
CUFFIE	10 pz al di'	30 pz al di'	40 pz al di'
GUANTI S – M – L – XL (consumo medio)	800 pz al di'	1000 pz al di'	1300 pz al di'
VISIERE	50 x persona	al bisogno	al bisogno
OCCHIALI	50 x persona	al bisogno	al bisogno

9.7 DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE NELLE DIVERSE AREE DI ASSISTENZA DEL PRONTO SOCCORSO

FASE DI STABILITA'

assenza o assoluta sporadicità di riscontro di tamponi positivi: sostanzialmente il modello operativo è quello descritto in quanto si mantiene attiva la funzione di pre-triage, si mantiene attiva la funzione RAU per pazienti negativi al pre-triage (solo SOA di Monfalcone) e si riduce al minimo l'area COVID cercando di espandere sia in termini spaziali che di personale l'area Covid free:

- Area Covid: stanza n° 1-2-3 BOX BIANCO e VERDE (1 P.L. Terapia Intensiva)
- Area no Covid (covid free): stanza n° 3-4 BOX GIALLO e ROSSO - area OBI e Medicina d'Urgenza

FASE DI STABILITA'							
	PRE-TRIAGE	TRIAGE	AREA COVID	AREA COVID FREE			
				BOX	OBI	MED.URG*	RAU **
MEDICI	-	-	1	1		1	1
INFERMIERI	1	1	1	1		1	1
OSS	-	-	1	1		1	-
SOCCORSO TERRITORIALE AZIENDALE: 1 autista + 1 infermiere							
Percorso RX	I pazienti COVID FREE eseguono le radiografie nella sezione radiologica d'urgenza I pazienti SOSPETTI COVID eseguono la radiografia nella stanza di isolamento Qualora i casi provengano dall'area covid l'area radiologica è sanificata ogni volta						
Percorso TC	Tc dedicate per area covid e area covid free						

*PS Gorizia-----**PS Monfalcone ore 8.00-20.00

FASE DI RIPRESA DEI CONTAGI

- si mantiene la funzione di pre-triage
- nelle stanze, se possibile, si attiva l'isolamento del paziente come già riportato; qualora la numerosità dei casi non lo consentisse, si procede ad un distanziamento > di 1 metro, mediante stratificazione clinica pretampone
- predisposizione e richiesta di moduli/container esterni per l'accoglimento di almeno 4 utenti per la separazione netta dei percorsi
- si ridefiniscono i percorsi di radiodiagnostica e di consulenza
- se necessario stanze di OBI, accoglieranno anche pazienti in attesa di tampone e le stanze di isolamento possono essere dedicate a supporto respiratorio non invasivo

FASE RIPRESA CONTAGI							
	PRE-TRIAGE	TRIAGE	AREA COVID	AREA COVID FREE			
				BOX	OBI	MED.URG*	RAU**
MEDICI	-	-	1	1		1	1
INFERMIERI	1	1	1	1		2	1
OSS	-	-	1	1		1	-
SOCCORSO TERRITORIALE AZIENDALE : 1 autista + 1 infermiere							
Percorso RX	I pazienti COVID FREE eseguono le radiografie nella sezione radiologica d'urgenza I pazienti SOSPETTI COVID eseguono la radiografia nella stanza di isolamento Qualora i casi provengano dall'area covid l'area radiologica è sanificata ogni volta						
Percorso TC	Tc dedicate per area covid e area covid free						

*PS Gorizia-----**PS Monfalcone ore 8.00-20.00

FASE PANDEMICA secondo numerosità di casi sospetti o documentati

- Si mantiene la funzione pre-triage
- Si sospende la funzione RAU
- Se insufficiente per il distanziamento dei singoli pazienti, si procede a divisione dell'area attesa del triage:
 - Area A per sospetti Covid
 - Area B per altre patologie
- Si espande l'Area Covid in OBI
- Attivazione di moduli/container esterni per l'accoglimento di almeno 4 utenti per la separazione netta dei percorsi
- Invio tempestivo degli utenti positivi
- Il processo di casi no Covid avviene per i codici minori negli ambulatori (3-4) mentre per i codici maggiori, giallo e rosso

FASE PANDEMICA							
	PRE-TRIAGE	TRIAGE	AREA COVID	AREA COVID FREE			
			Moduli Container(4 pl)	BOX	OBI	MED.URG*	RAU **
MEDICI	-	-	1	1		1	1
INFERMIERI	1	1	1	1		2	1
OSS	-	-	1	1		1	-
SOCCORSO TERRITORIALE AZIENDALE: 1 autista + 1 infermiere							
AMBULANZA TRASFERIMENTI: 1 autista + 1 infermiere							
Percorso RX	I pazienti COVID FREE eseguono le radiografie nella sezione radiologica d'urgenza I pazienti SOSPETTI COVID eseguono la radiografia nella stanza di isolamento Qualora i casi provengano dall'area covid l'area radiologica è sanificata ogni volta						
Percorso TC	Tc dedicate per area covid e area covid free						

*PS Gorizia-----**PS Monfalcone ore 8.00-20.00

In caso di ripresa della pandemia, il rinforzo di personale sanitario nelle diverse figure professionali, così come comunicata in ASUGI, consente alle realtà della S.O.A. di Gorizia e Monfalcone di svolgere il proprio mandato di filtro sulle due Strutture Ospedaliere Aziendali di Gorizia e Monfalcone e nel preservare le aree di degenza.

Allegato A: scheda pre-triage operativa dal 10 luglio



COGNOME _____ NOME _____

PRE-TRIAGE NCOV-2019- LUGLIO 2020

07 LUGLIO 2020

Sequenza operativa per il personale dedicato in area Pre-Triage:

- Misura la temperatura corporea e interroga il paziente con la check list successiva mirata ad individuare i pazienti sospetti Covid o non sospetti Covid e di conseguenza li indirizza all'interno del Pronto Soccorso direttamente al Triage o secondo indirizzo dell'infermiere di triage, in altre aree di attesa e/o trattamento previste dalle procedure organizzative.
- Prima dell'ingresso in PS verifica che tutti i pazienti vengano muniti di mascherina chirurgica e siano sottoposti a lavaggio alcolico delle mani
- Fornisce e fa indossare un camice protettivo monouso ai pazienti con sospetto Covid
- Informa gli accompagnatori/famigliari delle modalità di attesa e suggerisce loro l'eventuale rientro a casa, ovviamente dopo aver acquisito un recapito telefonico da utilizzare per le successive comunicazioni.

**SCHEDA DI SCREENING CLINICO-ANAMNESTICA
PER L'INDIVIDUAZIONE DI CASI SOSPETTI DI INFEZIONE DA NOVEL-CORONAVIRUS 2019
(2019-nCoV)**

CRITERIO EPIDEMIOLOGICO: Criterio positivo se presente uno dei seguenti elementi:

Contatto stretto non protetto con un paziente Covid + negli ultimi 14 giorni	
Soggiorno recente o contatto con persona che ha soggiornato negli ultimi 14 giorni in Area Balcanica (Croazia-Serbia-Bosnia-Montenegro-Kosovo-Albania-Macedonia-Romania-Bulgaria)	
Isolamento fiduciario domiciliare	
Tampone positivo di cui non è ancora stata confermata la negativizzazione	
Decesso di un familiare di primo grado per cause inspiegate negli ultimi 14 giorni	
Provenienza da un Istituto di Cura (casa di riposo, RSA, lungodegenti) o frequenza di reparto ospedaliero Covid+ negli ultimi 14 giorni	
Pregressa infezione da SARS-CoV2 con sintomi sospetti per ripresa di malattia	

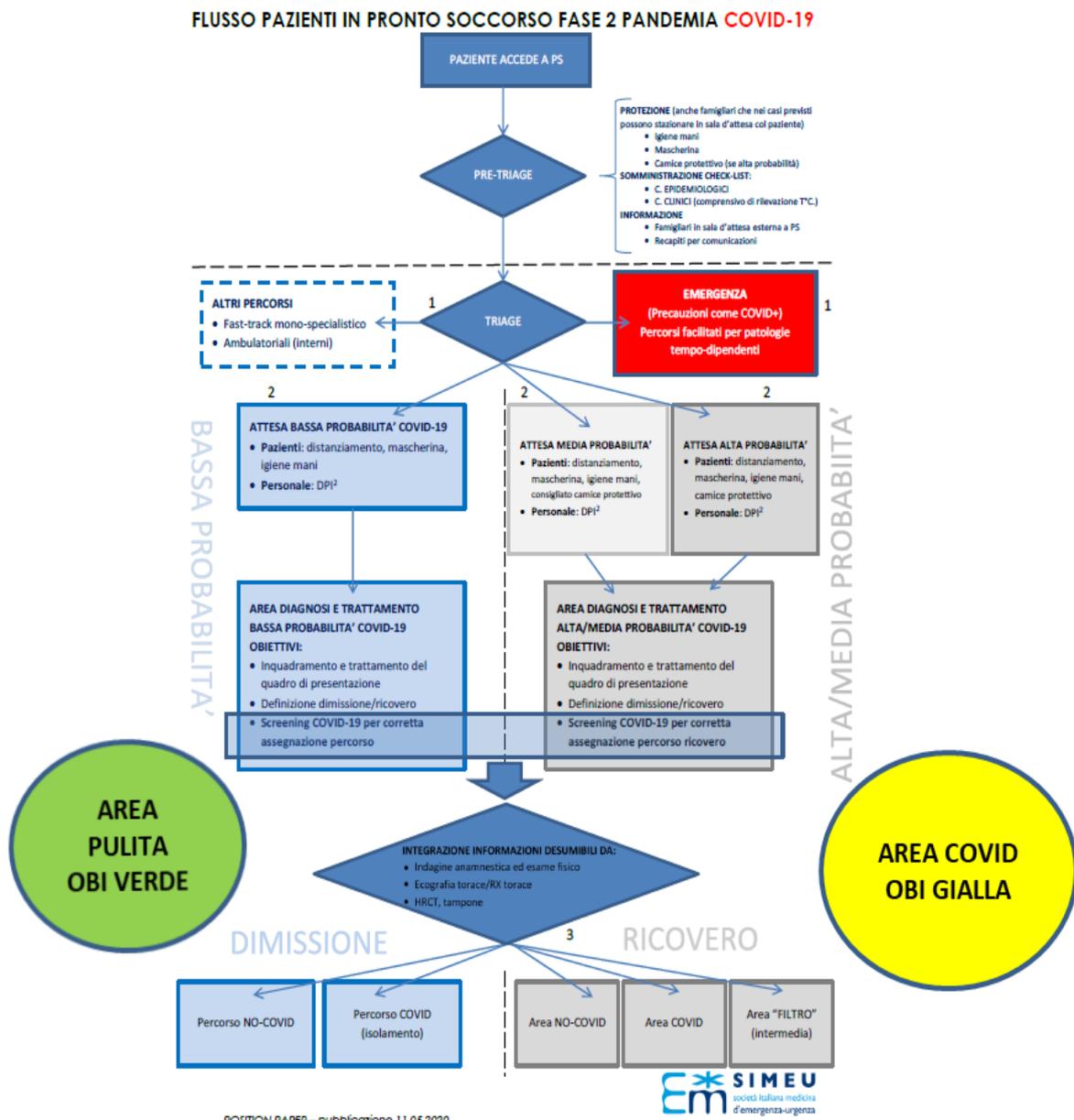
CRITERIO CLINICO Criterio positivo se negli ultimi 14 giorni o all'attuale presentazione in PS ha presentato/presenta almeno uno dei seguenti sintomi:

febbre senza altri disturbi	
febbre con sintomi respiratori (rinite, faringodinia, tosse)	
febbre con sintomi gastrointestinali (vomito, diarrea, dolore addominale)	
astenia prolungata	
mialgie o dolori articolari polidistrettuali	
insufficienza respiratoria (SpO2 < 95% o FR > 25 apm)	
anosmia/ageusia	

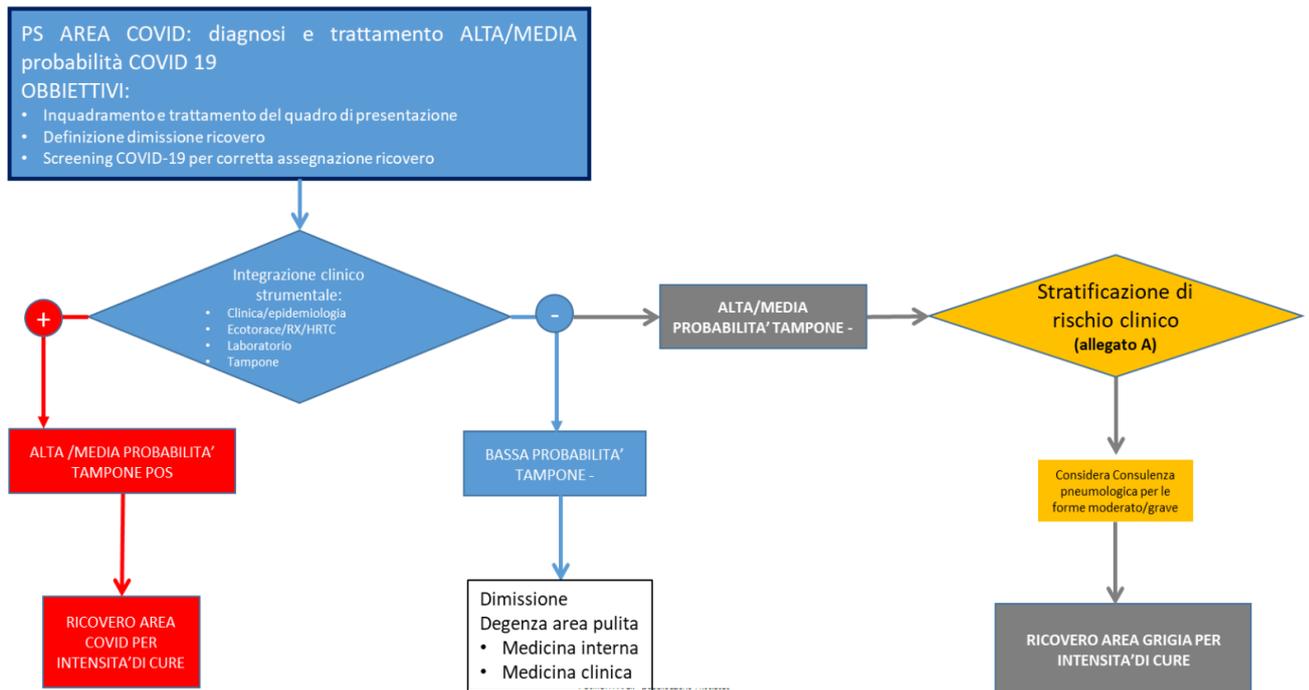
*febbre: temp \geq 37.5°C

A) Il paziente NEGATIVO PER ENTRAMBI I CRITERI EPIDEMIOLOGICO E CLINICO accedono all'area NO COVID
B) il paziente con almeno UN CRITERIO CLINICO POSITIVO ED UN CRITERIO EPIDEMIOLOGICO POSITIVO accedono direttamente all'area COVID
C) il paziente con almeno UN CRITERIO CLINICO POSITIVO e CRITERIO EPIDEMIOLOGICO NEGATIVO, viene rivalutato in triage dall'infermiere esperto che in base all'esito dell'inchiesta, puo' richiedere il supporto del medico R per definire al meglio il percorso
D) i pazienti con CRITERI CLINICI NEGATIVI e almeno UN CRITERIO EPIDEMIOLOGICO POSITIVO vengono valutati dal medico R in area triage che ne definisce il percorso specifico

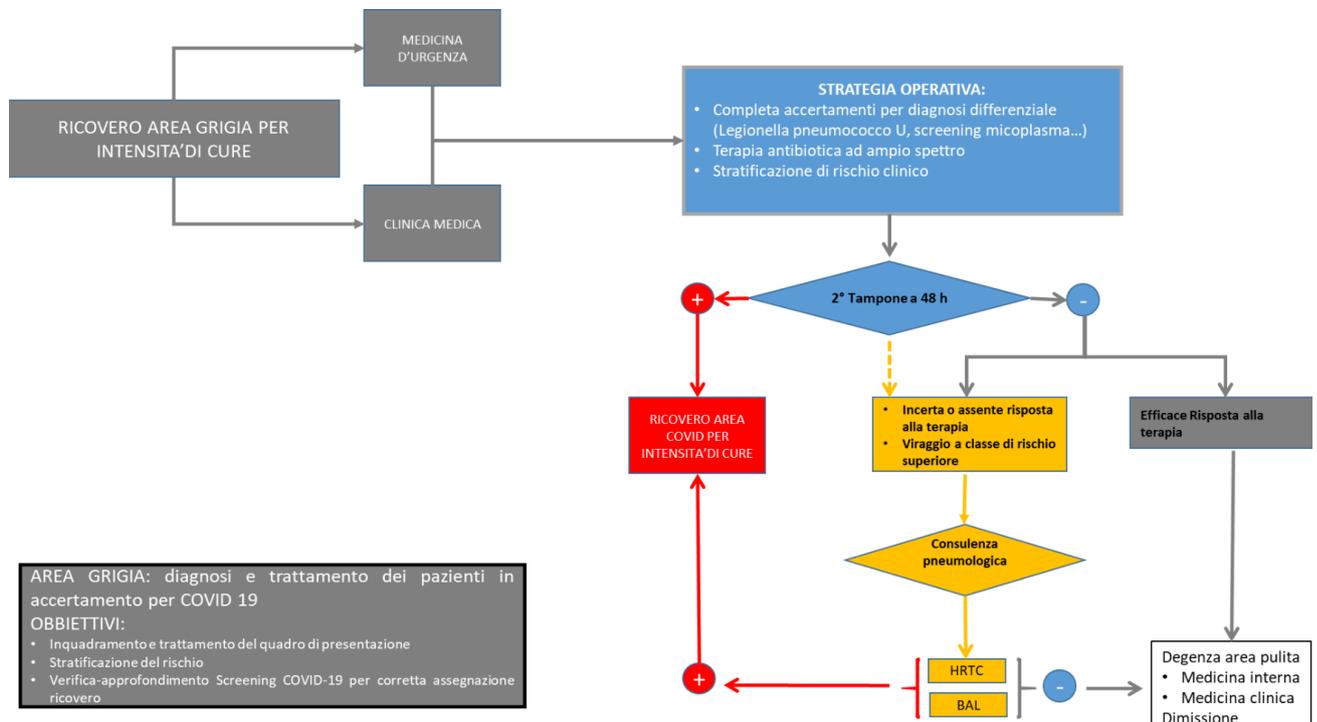
Allegato B: percorso decisionale COVID



Allegato C: percorso decisionale AREA COVID



Allegato D: percorso decisionale di AREA GRIGIA



Allegato E: Stratificazione del rischio evolutivo del paziente COVID

Algoritmo Decisionale in Pronto Soccorso per Sospetto COVID-19
(febbre e sintomi da sospetta infezione delle vie respiratorie)

	Rischio Minimo	Rischio Lieve	Rischio Moderato	Rischio Severo
Valutazione Respiratoria	FR <22 – SpO ₂ >95% EGA: P/F > 450 in aria No ossigeno	FR >22 - SpO ₂ <95% in Aria Ambiente O ₂ : VM FiO ₂ >50% (<i>Responder</i> : FR<22, SpO ₂ 93-96% dopo trial di 1-2 hr) EGA: P/F 300 – 450 dopo trial di 1-2 ore in VM 50%	FR >22, SpO ₂ <95 in FiO ₂ <50% O ₂ + CPAP/ NIV (PEEP 10-15) FiO ₂ >50% (<i>Responder</i> : FR<22, SpO ₂ 93-96% dopo trial di 1-2 hr) EGA: P/F 200-300 dopo trial di 1-2 ore in NIV	FR >22, SpO ₂ <95 in FiO ₂ >50% O ₂ + CPAP/ NIV (PEEP 10-15) FiO ₂ > 50%. (<i>No-Responder</i> : FR>22, SpO ₂ 93-96% dopo trial di 1-2 ore in NIV) EGA: P/F <200 dopo trial di 1-2 ore in NIV
Valutazione Radiologica	Rx Torace: Negativo Eco: A-Lines o ≤ 2 B-Lines in non più di 2 distretti HRTC: Negativa o <i>ground glass</i> lieve in non più di 2 distretti o HRCT Lung score <4	Rx Torace: Negativo / Dubbio Eco: A-Lines o B-Lines in più di 2 distretti HRTC: <i>Ground glass</i> diffuso in più di 2 distretti o HRCT Lung Score <6	Rx Torace: Dubbio / Positivo Eco: B-Lines confluenti in più di 2 distretti o consolidamenti HRTC: Impegno diffuso (<i>ground glass</i> , <i>crazy paving</i> , <i>organizing pneumonia</i>) o HRCT Lung Score >6	Rx Torace: Positivo Eco: Consolidamento e B-Lines confluenti diffuse HRTC: Impegno diffuso (<i>ground glass</i> , <i>crazy paving</i> , <i>organizing pneumonia</i>) o HRCT Lung Score > 6
Rischio	6M-WT nessuna ↓SpO ₂ >4% No Fattori di Rischio	Monitoraggio PAS – GCS – FR – SpO ₂ Controllo EGA	Monitoraggio Continuo ECG - PAS – GCS – FR – SpO ₂ Calcolo SOFA Score	IOT – IPPV – Ventilazione Protettiva – ECMO
Percorso Clinico	Tampone Dimesso in quarantena fiduciaria. Valutare per terapia. Notifica territoriale. Controllo telefonico in 2-3 giorni	Ricovero in degenza ordinaria Terapia antiretrovirale e idrossiclorochina Ricerca diagnosi alternative (legionella, altri virus, aspergillo...) Eventuale terapia corticosteroidica	Valutare per ricovero in <u>Subintensiva</u> Come Rischio Lieve più: - Valutare Remdesivir - Valutare Tocilizumab	Valutare per ricovero in Terapia Intensiva Terapia Come Rischio Moderato Trattamento rianimatorio avanzato

★ Terapia da definire con lo specialista per eventuale inclusione in studi clinici.

Allegato F: Stratificazione di rischio clinico del paziente covid positivo

<p>HRCT Lung Score</p> <p>Punteggi per area:</p> <p>0 Nessun impegno</p> <p>1 Impegno del 1-25 %</p> <p>2 Impegno dl 26-50%</p> <p>3 Impegno del 51-75%</p> <p>5 Impegno >75%</p>	<p>Assegnare un valore da 0 a 4 per ogni campo polmonare a seconda della % di parenchima coinvolto.</p> <p>Il valore di Lung Score è dato dal totale.</p>	<p>Polmone Destro Polmone Sinistro</p> <p>Lobo superiore Lobo superiore</p> <p>Lobo medio Lobo inferiore</p> <p>Lobo inferiore</p>
--	---	---

Lo score assegna un punteggio da 0 a 4 a seconda della percentuale di coinvolgimento del parenchima polmonare a ciascuno dei 5 distretti polmonari principali (lobi superiore, destro e sinistro, lobo medio e lobi inferiori destro e sinistro) e sembra essere correlato con l'evoluzione della malattia.

GLOSSARIO

COVID FREE/NO COVID	Aree di processo di pazienti non sospetti per infezione da covid 19
DEA	Dipartimento di Emergenza e Accettazione
DS	Direzione sanitaria
IOT	Intubazione orotracheale
MED URG	Unità funzionale subintensiva della SOC di Pronto Soccorso medicina d'urgenza
OBI	Osservazione Breve Intensiva
PS	Pronto Soccorso
RAU	Rapid Assessment Unit (unita di valutazione rapida)
RX	Radiologia convenzionale
SC	Struttura Complessa
SOA	Struttura Ospedaliera Aziendale
TC	Tomografia assiale computerizzata
TI	Terapia intensiva
TSI	Terapia semi/ sub intensiva

BIBLIOGRAFIA

1. ISS –Istituto Superiore di Sanità. Rapporto Covid-19 n. 4. Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni nella attività sanitarie e socio-sanitarie nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. Aggiornamento al 28/03/20
2. Paglia S, Sorti E, Magnacavallo A, Cianci V et al. Rapporto Prima linea Assetto organizzativo gestionale dei PS/DEA nell'ambito di focolaio epidemico o preepidemico
3. Paglia S, Magnacavallo A, Cosentini R et al. Prima Linea Covid 1910 cose..dai PS ai tempi del Corona. SIMEU 2020
4. WAX RS, Christian MD. Practical recommendations for critical care and anesthesiology teams caring for novel coronavirus (2019-nCoV) patients. *Can J Anesth* 2020, feb 12.
5. Percorso assistenziale per il paziente affetto da Covid-19. 14.03.2020. SIAARTI
6. INAIL –COVID-19 e protezioni degli operatori sanitari. https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-pubbl-covid-19-operatori-sanitari1_6443145028706.pdf -accesso in data 05/05/2020
7. Ai T, Yang Z, Hou H, Zhan C, Chen C, Lv W, Tao Q, Sun Z, Xia L. Correlation of Chest CT and RT-PCR Testing in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China: A Report of 1014 Cases. *Radiology*. 2020 Feb 26:200642. doi: 10.1148/radiol.2020200642.
8. Fang Y, Zhang H, Xie J, Lin M, Ying L, Pang P, Ji W. Sensitivity of Chest CT for COVID-19: Comparison to RT-PCR. *Radiology*. 2020 Feb 19:200432. doi: 10.1148/radiol.2020200432.
9. Li D, Wang D, Dong J, Wang N, Huang H, Xu H, Xia C. False-Negative Results of Real-Time Reverse-Transcriptase Polymerase Chain Reaction for Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2: Role of Deep-Learning-Based CT Diagnosis and Insights from Two Cases. *Korean J Radiol*. 2020 Apr;21(4):505-508. doi: 10.3348/kjr.2020.0146. Epub 2020 Mar 5.
10. Long C, Xu H, Shen Q, Zhang X, Fan B, Wang C, Zeng B, Li Z, Li X, Li H. Diagnosis of the Coronavirus disease (COVID-19): rRT-PCR or CT? *Eur J Radiol*. 2020 May; 126:108961. doi: 10.1016/j.ejrad.2020.108961.
11. Qian GQ, Chen XQ, Lv DF, Ma AHY, Wang LP, Yang NB, Chen XM. Duration of SARS-CoV-2 viral shedding during COVID-19 infection. *Infect Dis (Lond)*. 2020 Apr 10:1-2. doi: 10.1080/23744235.2020.1748705.
12. Ren X, Liu Y, Chen H, Liu W, Zhang Y, Chen C, Zhou J, Xiao Q, Jiang G, Shan H. Application and optimization of RT-PCR in diagnosis of SARS-CoV-2 infection. *medRxiv*-2020. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.02.25.20027755v2>
13. Wang W, Xu Y, Gao R, Lu R, Han K, Wu G, Tan W. Detection of SARS-CoV-2 in Different Types of Clinical Specimens. *JAMA*. 2020 Mar 11. doi: 10.1001/jama.2020.3786.
14. Wölfel R, Corman VM, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, Müller MA, Niemeyer D, Jones TC, Vollmar P, Rothe C, Hoelscher M, Bleicker T, Brünink S, Schneider J, Ehmman R, Zwirgmaier K, Drosten C, Wendtner C. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature*. 2020 Apr 1. doi: 10.1038/s41586-020-2196-x.
15. Xiao AT, Tong YX, Zhang S. False-negative of RT-PCR and prolonged nucleic acid conversion in COVID-19: Rather than recurrence. *J Med Virol*. 2020 Apr 9. doi: 10.1002/jmv.25855.
16. Xie C, Jiang L, Huang G, Pu H, Gong B, Lin H, Ma S, Chen X, Long B, Si G, Yu H, Jiang L, Yang X, Shi Y, Yang Z. Comparison of different samples for 2019 novel coronavirus detection by nucleic acid amplification tests. *Int J Infect Dis*. 2020 Feb 27; 93:264-267. doi: 10.1016/j.ijid.2020.02.050.
17. Wong HYF, Lam HYS, Fong AH, Leung ST, Chin TW, Lo CSY, Lui MM, Lee JCY, Chiu KW, Chung T, Lee EYP, Wan EYF, Hung FNI, Lam TPW, Kuo M, Ng MY. Frequency and Distribution of Chest Radiographic Findings in COVID-19 Positive Patients. *Radiology*. 2019 Mar 27:201160. doi: 10.1148/radiol.2020201160.23.
18. Jacobi A, Chung M, Bernheim A, Eber C. Portable chest X-ray in coronavirus disease-19 (COVID-19): A pictorial review. *Clin Imaging*. 2020 Apr 8;64:35-42. doi: 10.1016/j.clinimag.2020.04.001
19. Dong D, Tang Z, Wang S, Hui H, Gong L, Lu Y, Xue Z, Liao H, Chen F, Yang F, Jin R, Wang K, Liu Z, Wei J, Mu W, Zhang H, Jiang J, Tian J, Li H. The role of imaging in the detection and management of COVID-19: a review. *IEEE Rev Biomed Eng*. 2020 Apr 27. doi:10.1109/RBME.2020.2990959.
20. Xu K, Chen Y, Yuan J, Yi P, Ding C, Wu W, Li Y, Ni Q, Zou R, Li X, Xu M, Zhang Y, Zhao H, Zhang X, Yu L, Su J, Lang G, Liu J, Wu X, Guo Y, Tao J, Shi D, Yu L, Cao Q, Ruan B, Liu L, Wang Z, Xu Y, Liu Y, Sheng J, Li L. Factors associated with prolonged viral RNA shedding in patients with COVID-19. *Clin Infect Dis*. 2020 Apr 9. pii: ciaa351. doi: 10.1093/cid/ciaa35
21. Accordo Conferenza Stato Regioni sulle “Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero, sulla Osservazione Breve Intensiva e per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso” –Atto n. 154/CSR/1'agosto2019

5.3 D.A.I. MEDICINA DEI SERVIZI-LABORATORIO – MICROBIOLOGIA – VIROLOGIA

INTRODUZIONE

L'INGRESSO NELLA FASE PANDEMICA

I primi test molecolari per la diagnosi di SARS-Cov-2 sono stati eseguiti in ASUGI nel febbraio 2020, presso il Laboratorio dell'UCO di Igiene e Sanità Pubblica, appena trasferito all'Ospedale Maggiore. La tecnologia, versata prevalentemente all'attività di ricerca, è stata collocata in locali con lavori edilizi ed impiantistici ancora da completare. Nei mesi successivi si è provveduto (tra l'altro) al rinnovo completo di tutta la strumentazione, idonea a fornire una risposta anche assistenziale. Al Laboratorio di Igiene sono stati indirizzati i campioni dei pazienti interni degli ospedali triestini e sono pervenuti anche, come Centro di Riferimento Regionale, i campioni delle altre due Aziende Sanitarie fino all'attivazione dei Laboratori di Udine e Pordenone e, successivamente, le conferme dei campioni positivi.

L'arrivo della fase pandemica con il conseguente incremento della richiesta di test molecolari ha reso necessario il progressivo coinvolgimento di tutte le Strutture del DAI, in particolare:

- d) nel marzo 2020 è stata potenziata la tecnologia del Laboratorio Unico di ASUGI nella sede di Monfalcone con attivazione della specifica linea molecolare in grado di rispondere alla domanda proveniente dai pazienti esterni del territorio isontino e interni degli ospedali di Monfalcone e Gorizia;
- e) nell'aprile 2020 è stata realizzata *ex-novo* (spazi, tecnologia, professionalità) una sezione di biologia molecolare presso la SC di Microbiologia e Virologia di Cattinara, dedicata ai pazienti esterni dell'area giuliana (compresa la Medicina del Lavoro);
- f) nel maggio 2020 è stata riconvertita alla diagnostica per Covid-19 la tecnologia molecolare dell'Anatomia Patologica, già dedicata allo screening regionale per HPV a supporto della Microbiologia di Cattinara.

La domanda di test molecolari in ASUGI a seguito dell'evento pandemico è stata:

Descrizione prestazioni e numero prestazioni	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto
Test anticorpale ISTAT SARS-CoV-2 (Covid-19) IgG sangue				432	2.594	395	
Test di ricerca genomica virale SARS-CoV-2 [COVID-19] espettorato	7	78	15	13	7	6	4
Test di ricerca genomica virale SARS-CoV-2 [COVID-19] lavaggio bronco alveolare	7	51	68	73	44	51	30
Test di ricerca genomica virale SARS-CoV-2 [COVID-19] tampone nasale	11	1.042	1.148	809	354	137	88
Test di ricerca genomica virale SARS-CoV-2 [COVID-19] tampone naso faringeo	10	4.352	20.299	22.528	19.117	21.431	27.775
Test di ricerca genomica virale SARS-CoV-2 [COVID-19] tracheoaspirato	7	49	101	96	52	57	51
Virus SARS-CoV-2 (COVID-19) Anticorpi IgG sangue			544	3.413	3.380	4.544	5.403
Totale Generale Erogato	42	5.572	22.175	27.364	25.548	26.621	33.351

LA CRISI PANDEMICA

Il repentino aumento del numero dei tamponi registrato nella settimana centrale di aprile (l'esordio il 16 aprile 2020), dovuta alla crisi delle case di riposo, si è accompagnata al problema mondiale della carenza dei reattivi (kit di estrazione e consumabili) producendo ritardi nella refertazione fino a 6 gg, a cui si sono aggiunti ulteriori ritardi nella comunicazione dei risultati per l'eccessivo carico di lavoro negli altri anelli della catena del processo diagnostico.

Organizzazione del lavoro:

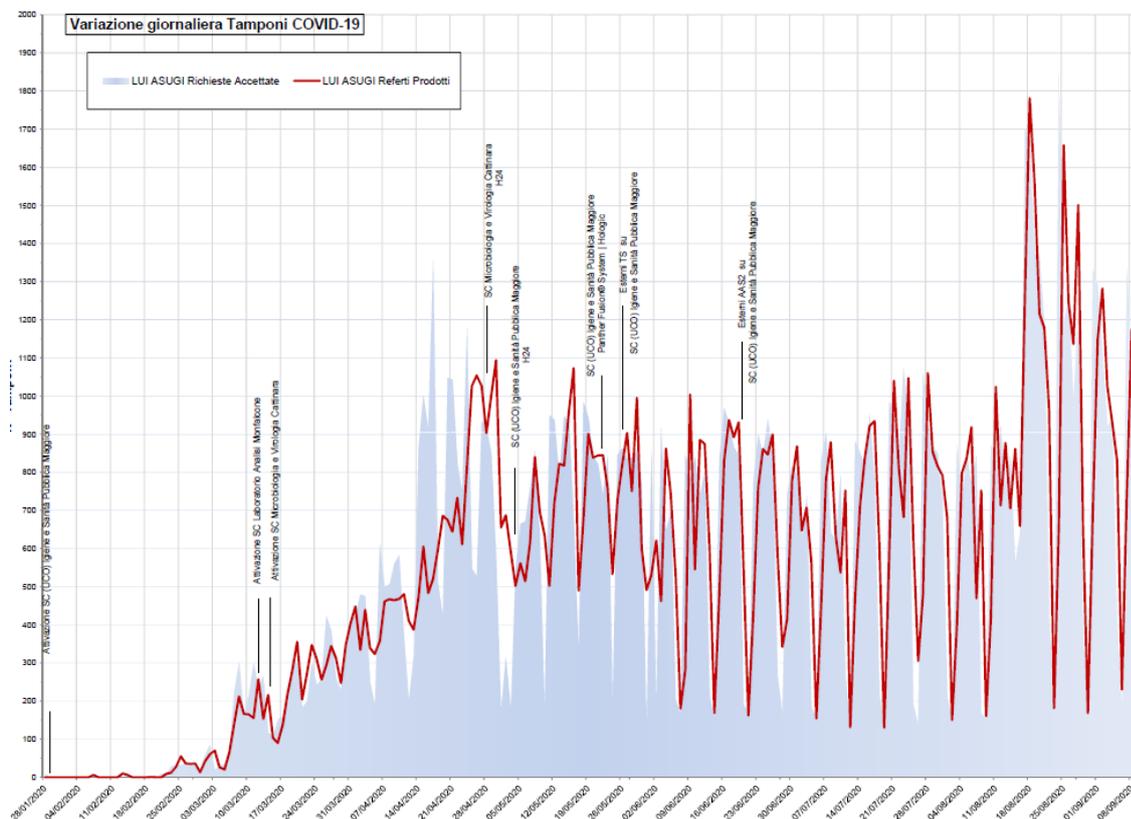
Nel giugno 2020, grazie all'acquisizione di strumentazione fortemente automatizzata, collocata nel Laboratorio di Igiene, sono stati modificati i flussi operativi e l'organizzazione delle Strutture del DAI, come di seguito rappresentato:

nel Laboratorio di Igiene del Maggiore sono stati indirizzati tutti i test molecolari eseguiti agli esterni (non urgenti) sia dell'area giuliana che isontina, con risposta nelle 24h, concentrando l'attività principalmente su 5 gg settimanali, nelle ore diurne;

Il Laboratorio Unico di Monfalcone e la SC di Microbiologia e Virologia di Cattinara sono stati dedicati alla diagnostica urgente e di routine degli interni, restando operativi nelle 24/7 gg con guardia attiva dei tecnici e reperibilità dei dirigenti;

L'Anatomia Patologia, con la ripartenza dello screening regionale per HPV, ha sospeso il supporto alla diagnostica per Covid-19;

è stata attivata la reperibilità unica dei dirigenti per Covid-19 per tutti i 5 gli ospedali di ASUGI con ottimizzazione della turnistica.



Altri Esami:

Appena disponibili (aprile 2020) sono stati attivati i test sierologici per la diagnosi indiretta di SARS-CoV-2.

Sono stati implementati i test immunometrici necessari per misurare la tempesta citochinica (IL6, IL1alfa, TNFalfa, IL2, IL4, IL8, IL10, IFgamma, MCP1, VEGF, EGF) nei pazienti critici.

Sono stati attivati strumenti di Point of care testing per l'Emogas analisi (EGA) nei nuovi reparti attivati per la crisi pandemica.

Personale:

Nel mese di marzo, all'inizio della fase pandemica, uno degli aspetti più complessi è stato il reperimento del personale tecnico in grado di operare con metodi di biologia molecolari ed in numero sufficiente per la copertura dei turni sulle 24h/7gg. È stato possibile costituire un team di 13 TSLB dedicati alla diagnostica del Covid-19 anche grazie al trasferimento di 3 tecnici dal Laboratorio Unico, 1 dall'Anatomia Patologica, oltre che 2 tecnici dal Centro Trasfusionale, 1 dalla Cardiologia e 3 provenienti dall'IRCCS Burlo Garofolo. Questo personale ha operato per tutto il periodo critico della pandemia, formando i TSLB neoassunti. Nel mese di aprile e maggio, con il raggiungimento della piena autonomia interna di risorse idonee, si è avuto il rientro di tutti i TSLB esterni alle rispettive Strutture di provenienza e il subentro dei TSLB neoassunti che ha consentito di dare stabilità e prospettiva alle Strutture del DAI.

Tabella del Personale impiegato per COVID-19 durante la crisi pandemica		<21/2	21/2-31/3		Aprile		Maggio	Giugno
SC Igiene e Sanità Pubblica	TSLB	2(2*)	4	8**	5	4**	7	6
	DIRIGENZA	2	2		2		2	2
	ATTIVITA'	<i>lun-ven 08:00-16:00</i>	H24					
SC Microbiologia e Virologia	TSLB	11(2*)	13	5**	18	(5**)	22	20
	DIRIGENZA	4	4		4		4	4
	ATTIVITA'	<i>lun-ven 08:00-20:00 sab 08:00-15:00</i>	H24					
SC Laboratorio Analisi (Monfalcone)	TSLB	7(4*)	10		10		10	11
	DIRIGENZA	3	3		3		4	4
	ATTIVITA'	H24						
* Personale TSLB con competenze in Biologia Molecolare.								
** Personale TSLB extra-dipartimentale/altra strutture								

LE FASI PANDEMICHE

Di seguito vengono descritti gli aspetti organizzativi, tecnici e di gestione del personale nelle diverse fasi ipotizzate dal piano:

1. FASE DEL CONTENIMENTO DEI CONTAGI
2. FASE DI RIPRESA DEI CONTAGI
3. FASE PANDEMICA

Viene considerato il numero dei tamponi eseguiti giornalmente come criterio di allerta per la transizione da una fase all'altra.

FASE DI STABILITA': LA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

A) TARGET DA GARANTIRE

1. Capacità analitica fino a 2500-3000 test molecolari al giorno (realizzazione di adeguato magazzino di reattivi);
2. mantenimento dei tempi di risposta Tourn Around Time (TAT) analitico dei tamponi per Covid-19 entro 6h di tutta la domanda dei test non urgenti per i ricoverati con risposta in giornata per gli esterni non urgenti;
3. mantenimento del TAT analitico delle urgenze dei tamponi per Covid-19 per i nuovi ingressi ospedalieri da 45 a 90 minuti secondo la tecnologia utilizzata;
4. allineamento alla domanda per esami sierologici, analisi di chimica-immunometria con risposta massima in 24h; disponibilità di emogasanalizzatori in tutti i punti di cura in coerenza con le necessità clinico-organizzative.

B) DELTA DA COPRIRE

di Tecnologia:

1. Per aumentare la capacità analitica fino a 2500-3000 tamponi/g si prevede:
 - a) una seconda tecnologia ad elevata capacità analitica nel Laboratorio di Igiene;
 - b) una seconda tecnologia con funzione di backup analitico nella Microbiologia di Cattinara oltre ad uno strumento di backup per i test molecolari in urgenza.
2. Per la diagnosi differenziale con (altre) infezione delle vie respiratorie, in previsione delle stagioni autunnali e invernali, con l'attivazione di linee analitiche dedicate si prevede:
 - a) l'ampliamento del pannello analitico della strumentazione molecolare della SC di Microbiologia e Virologia di Cattinara
 - b) una nuova tecnologia per urgenze e diagnosi differenziale delle infezioni delle vie aeree nella sede di Monfalcone del Laboratorio Unico di ASUGI.

3. Per migliorare la capacità analitica delle attività di sorveglianza virologica integrata di SARS-CoV-2/Influenza è necessario:

- a) il completamento della ristrutturazione del Laboratorio di Igiene con allestimento di un Laboratorio di sicurezza biologica di livello 3, necessario per gli studi sull'infettività del virus e per quelli sulla capacità neutralizzante degli anticorpi anti SARS-CoV-2.
- b) acquisizione di tecnologia NGS per rapida caratterizzazione molecolare dei ceppi anche ai fini del tracciamento

di Personale:

presenza di personale tecnico e dirigenziale sufficiente a garantire il raggiungere i target analitici.

di Formazione:

formazione (e manutenzione delle conoscenze) del personale volta ad accrescere il numero di tecnici e dirigenti in grado di operare nei settori di biologia molecolare, trasversalmente in tutte le Strutture del DAI.

di Semplificazione/innovazione:

della fase *preanalitica* (accettazione, stampa etichette) e *postanalitica* (ritorno del referto)

di Recupero dell'attività arretrata:

incremento dei prelievi effettuati nelle sedi dell'Ospedale Maggiore (Distretto 2), nelle sedi distrettuali di Trieste e nelle sedi distrettuali dell'isontino (Cormons, Gradisca e Grado) per il recupero del pregresso e per il mantenimento dell'attività ordinaria non-Covid-19.

di Altri esami:

i test sierologici per la diagnosi indiretta di SARS-CoV-2 vengono eseguiti con metodiche CLIA su tecnologie già presenti nel Laboratorio Unico. Non sussistono reali vincoli quantitativi, in quanto la capacità diagnostica può arrivare fino a 6000 test al giorno.

I test di chimica-immunometria (IL6, altre citokine, PCT, ecc.) vengono eseguiti secondo le necessità. La disponibilità di strumenti Point-of-care-testing per l'EGA nei reparti viene di seguito rappresentata:

Tabella strumentazione emogasanalitica		Fase 1	Fase 2	Fase ripresa Contagi	Fase Pandemica
Trieste	<i>Maggiore</i>	3	6	6	6
	<i>Cattinara</i>	11	12	14	16
	<i>Burlo</i>	6	6	6	6
Monfalcone	<i>San Polo</i>	4	4	4	4
Gorizia	<i>San Giovanni Di Dio</i>	3	3	3	3
Totale Generale		27	31	33	35
Delta da coprire		4			

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

Condizioni richieste per il mantenimento nella fase di contenimento dei contagi: fino a **1200** tamponi giornalieri.

- I campioni esterni confluiscono al Laboratorio di Igiene del Maggiore, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 20:00. Il sabato solo per casi eccezionali e previa comunicazione telefonica al Laboratorio.
- I campioni interni di routine e urgenze confluiscono rispettivamente alla sede di Monfalcone del Laboratorio Unico per l'isontino e alla Microbiologia di Cattinara per l'area giuliana, attivi 24/7 gg. Ai due Laboratori confluiscono anche gli eventuali tamponi urgenti esterni provenienti dal territorio.

Il servizio viene garantito 24/7 gg dalla presenza attiva dei tecnici nelle sedi di Cattinara, Burlo, Gorizia e Monfalcone e dalla reperibilità (notturna e festiva) dei dirigenti, differenziate per le diverse sedi ospedaliere (una reperibilità per la Patologia Clinica e Microbiologia nel Laboratorio di Monfalcone per gli ospedali isontini, una reperibilità per la Patologia Clinica nel Laboratorio di Cattinara per gli ospedali triestini e una reperibilità unica di Microbiologia per Covid-19 per tutti gli ospedali di ASUGI). Dal settembre è attiva una reperibilità unica di Patologia Clinica per tutte e 5 le sedi ospedaliere, una reperibilità unica di Microbiologia e Virologia che amplierà l'ambito operativo dell'attuale reperibilità unica dedicata alla SARS-CoV-2.

Personale:

Tabella del Personale impiegato per COVID-19 durante la Fase 2		<21/2	21/2-31/3	Aprile		Maggio	Giugno	FASE STABILITA'	
SC Igiene e Sanità Pubblica	TSLB	2 _(2*)	4	(8**)	5	(4**)	7	6	6
	DIRIGENZA	2	2	2	2	2	2	2	3
	ATTIVITA'	lun-ven 08:00-16:00	24h 7gg					lun-ven 08:00-20:00 sab P.D.	
SC Microbiologia e Virologia	TSLB	11 _(2*)	13	(5**)	18	(5**)	22	20	20
	DIRIGENZA	4	4	4	4	4	4	4	6
	ATTIVITA'	lun-ven 08:00-20:00 sab 08:00-15:00	24h 7gg					24h 7gg	
SC Laboratorio Analisi (Monfalcone)	TSLB	7 _(4*)	10	(0**)	10	(0**)	10	11	15***
	DIRIGENZA	3	3	3	3	4	4	4	3
	ATTIVITA'	24h 7gg					24h 7gg		
* Personale TSLB con competenze in Biologia Molecolare.									
** Personale TSLB extra-dipartimentale									
*** Vincolo: completamento piano di acquisizione personale TSLB (4 unità) e mantenimento del livello quali-quantitativo del personale competente, pronto alla reazione in tempo reale in caso di necessità.									

FASE DI RIPRESA DEI CONTAGI

Criterio di transizione alla fase: numero di tamponi da 1201 a 1500 per due giorni consecutivi

Innesto fase di ripresa dei contagi

- Il Laboratorio dell'UCO di Igiene e Sanità Pubblica effettua attività analitica sulle 12h su 6gg. L'attività del prefestivo e festivo viene proposta dal Direttore del Servizio e approvata dal Direttore del DAI.
- La SC di Microbiologia e Virologia di Cattinara mantiene l'organizzazione della Fase 2 ed eventualmente attiva sedute notturne su indicazione del Direttore della Struttura.
- Il Laboratorio Unico nella sede di Monfalcone mantiene l'organizzazione della Fase 2 ed eventualmente attiva sedute notturne su indicazione del Direttore della Struttura.

Personale:

Tabella del Personale impiegato per COVID-19 durante la Fase di ripresa Contagi (<i>scenario-autunno</i>)		<21/2	21/2-31/3		Aprile		Maggio	Giugno	Fase 2	Fase Ripresa Contagi
SC Igiene e Sanità Pubblica	TSLB	2 ^(2*)	4	(8 ^{**})	5	(4 ^{**})	7	6	6	7
	DIRIGENZA	2	2		2		2	2	3	3
	ATTIVITA'	<i>lun-ven 08:00-16:00</i>	24h 7gg						<i>lun-ven 08:00-20:00 sab P.D.</i>	12h 6gg
SC Microbiologia e Virologia	TSLB	11 ^(2*)	13	(5 ^{**})	18	(5 ^{**})	22	20	20	22
	DIRIGENZA	4	4		4		4	4	6	6
	ATTIVITA'	<i>lun-ven 08:00-20:00 sab 08:00-15:00</i>		24h 7gg				24h 7gg	24h 7gg	
SC Laboratorio Analisi (Monfalcone)	TSLB	7 ^(4*)	10	(0 ^{**})	10	(0 ^{**})	10	11	15 ^{***}	15
	DIRIGENZA	3	3		3		4	4	3	3
	ATTIVITA'	24h 7gg							24h 7gg	24h 7gg
* Personale TSLB con competenze in Biologia Molecolare.										
** Personale TSLB extra-dipartimentale										
*** Vincolo: completamento piano di acquisizione personale TSLB (4 unità) e mantenimento del livello quali-quantitativo del personale competente, pronto alla reazione in tempo reale in caso di necessità.										

FASE PANDEMICA

Criterio di transizione alla fase: numero di tamponi superiore a 1500 per due giorni consecutivi

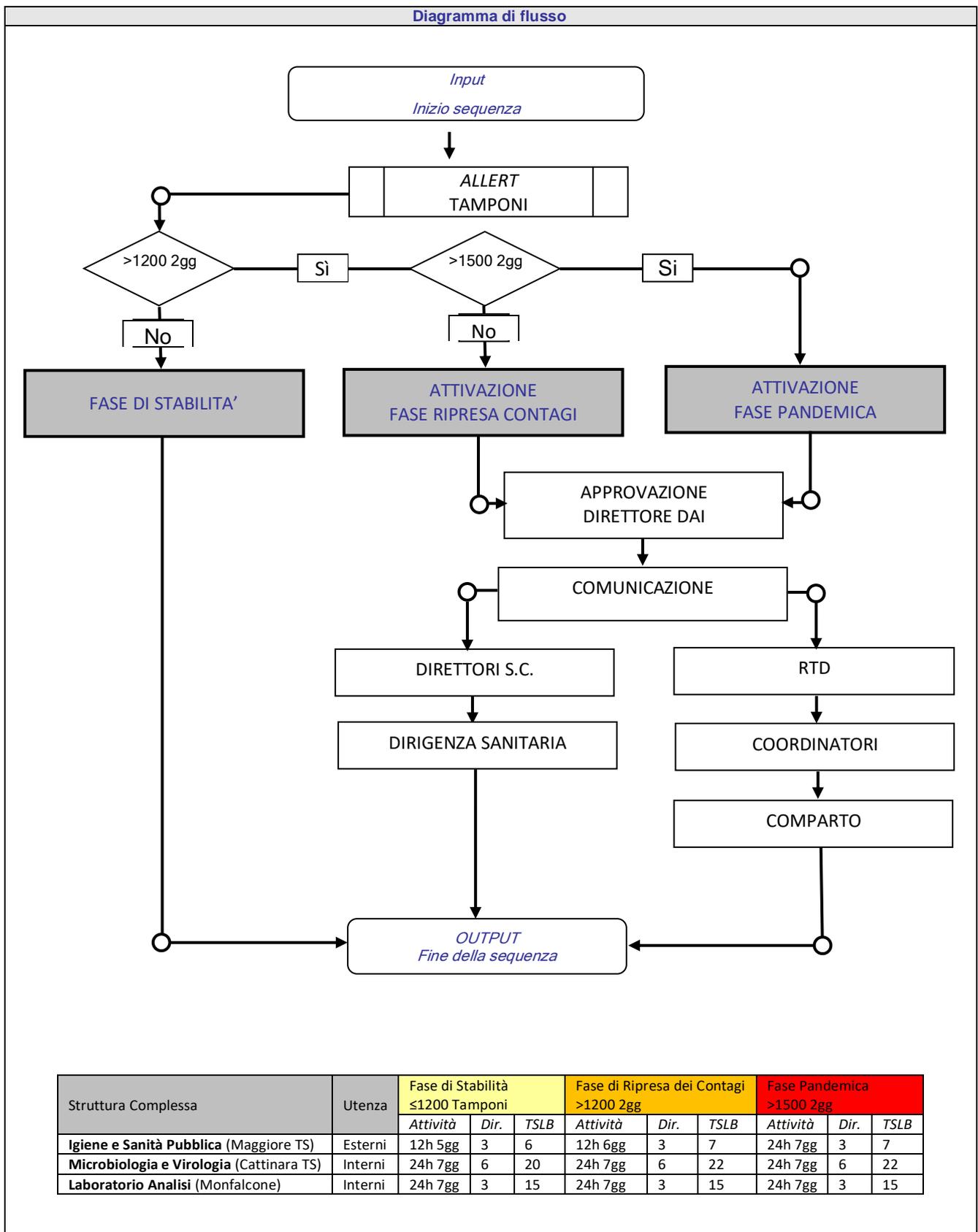
Innesto della fase pandemica

- Il Laboratorio dell'UCO di Igiene e Sanità Pubblica effettua attività analitica sulle 24h su 7gg. L'attività del festivo viene proposta dal Direttore del Servizio e approvata dal Direttore del DAI.
- La SC di Microbiologia e Virologia di Cattinara mantiene l'organizzazione della Fase 2 ed eventualmente attiva sedute notturne su indicazione del Direttore della Struttura.
- Il Laboratorio Unico nella sede di Monfalcone mantiene l'organizzazione della Fase 2 ed eventualmente attiva sedute notturne su indicazione del Direttore della Struttura.

Personale:

Tabella del Personale impiegato per COVID-19 durante la Fase Pandemica (scenario- inverno-primavera)		<21/2	21/2-31/3		Aprile		Maggio	Giugno	Fase 2	Fase Ripresa Contagi	Fase Pandemica
SC Igiene e Sanità Pubblica	TSLB	2 _(2*)	4	(8 ^{**})	5	(4 ^{**})	7	6	6	7	7
	DIRIGENZA	2	2	2	2	2	2	3	3	3	
	ATTIVITA'	lun-ven 08:00-16:00	24h 7gg					lun-ven 08:00-20:00 sab P.D.	12h 6gg	24h 7gg	
SC Microbiologia e Virologia	TSLB	11 _(2*)	13	(5 ^{**})	18	(5 ^{**})	22	20	20	22	22
	DIRIGENZA	4	4	4	4	4	4	6	6	6	
	ATTIVITA'	lun-ven 08:00-20:00 sab 08:00-15:00	24h 7gg					24h 7gg	24h 7gg	24h 7gg	
SC Laboratorio Analisi (Monfalcone)	TSLB	7 _(4*)	10	(0 ^{**})	10	(0 ^{**})	10	11	15 ^{***}	15	15
	DIRIGENZA	3	3	3	3	4	4	3	3	3	
	ATTIVITA'	24h 7gg					24h 7gg	24h 7gg	24h 7gg		
* Personale TSLB con competenze in Biologia Molecolare.											
** Personale TSLB extra-dipartimentale											
*** Vincolo: completamento piano di acquisizione personale TSLB (4 unità) e mantenimento del livello quali-quantitativo del personale competente, pronto alla reazione in tempo reale in caso di necessità.											

ALLEGATI



Struttura Complessa	Utenza	Fase di Stabilità ≤1200 Tamponi			Fase di Ripresa dei Contagi >1200 2gg			Fase Pandemica >1500 2gg		
		Attività	Dir.	TSLB	Attività	Dir.	TSLB	Attività	Dir.	TSLB
Igiene e Sanità Pubblica (Maggiore TS)	Esterni	12h 5gg	3	6	12h 6gg	3	7	24h 7gg	3	7
Microbiologia e Virologia (Cattinara TS)	Interni	24h 7gg	6	20	24h 7gg	6	22	24h 7gg	6	22
Laboratorio Analisi (Monfalcone)	Interni	24h 7gg	3	15	24h 7gg	3	15	24h 7gg	3	15

5.3.1 PIANO TAMPONI

PROGRAMMA PER CALENDARIZZAZIONE DELL' ATTIVITA' DI DIAGNOSTICA COVID-19 CON TAMPONI NASO-FARINGEI

Il presente documento è un documento operativo che costituisce la base per programmare e modulare il piano aziendale tamponi (test molecolare o antigenico) sulla base della diversa situazione epidemica (fase di stabilità, fase di ripresa dei contagi e fase pandemica) o in risposta a particolari situazioni (es. ordinanze ministeriali) che modificano anche rapidamente la composizione della popolazione che deve essere sottoposta a test diagnostico con tampone NF.

Le sfide recenti che impongono la definizione di un piano tamponi iniziano con le ordinanze ministeriali del 12 agosto (<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/08/13/20A04514/sq>) che hanno incrementato le richieste di tamponi da parte di soggetti al rientro da viaggi in zone epidemiche, e continuano con la riapertura delle scuole e le recenti disposizioni dell'ISS per la gestione di eventuali casi sospetti di Covid-19 in classe

https://www.istruzione.it/rientriamoascuola/allegati/Rapporto%20ISS%20COVID%2058_Scuole_21_8_2020.pdf che imporranno una forte flessibilità del sistema sanitario ed una tempestiva capacità di rispondere ai nuovi bisogni.

Ad una parte di tamponi che devono essere eseguiti senza programmazione (PS, Ospedale, soggetti sintomatici) si somma una parte di tests che possono/devono essere programmati a scadenza perché si riferiscono a campagne di screening di popolazioni vulnerabili e a rischio di infezione (operatori sanitari e socio-sanitari, disabili e anziani non autosufficienti in struttura).

È sottinteso che in fase di criticità possono essere messi in stand-by le attività di screening (es. sulle residenze) e possono essere privilegiate le attività sulle categorie a rischio emergente (es. viaggiatori, alunni e personale scolastico, pazienti).

È recente (27.8.20) una nuova direttiva della Direzione Centrale Salute della regione FVG, cui questo piano tamponi fa riferimento, che riclassifica le categorie di soggetti che vanno sottoposte a tampone, aggiornando le ultime disposizioni che risalivano al 31.3.20.

Un'attenta programmazione della componente pianificabile dei tamponi rende più semplice affrontare la componente indifferibile dei tamponi e consente di mantenere un'attività di screening minimale e costante facendo comunque fronte all'urgenza e all'imprevisto. Il tutto è possibile solo disponendo di un sistema di prenotazione/agenda flessibile e condiviso tra le parti (es CUP, o agenda condivisa).

1. NUMERO TAMPONI:

- a. FASE STABILITA' < 1200 DIE
- b. FASE RIPRESA 1200-1500
- c. FASE PANDEMICA > 1500 fino a 2500 /die

DIMENSIONAMENTO DELLA CAPACITA' DEI LABORATORI PER FASE EPIDEMICA CON COPERTURA ORARIA SETTIMANALE (fonte dr Ruscio)

Laboratorio	Utenza	Fase stabilità ≤1200 Tamponi/die		Fase Ripresa Contagi >1200 fino a 1500 die		Fase Pandemica >1500 fino a 2500/die	
		Attività		Attività		Attività	
Maggiore TS Igiene e Sanità Pubblica	Esterni	12h 5gg		12h 6gg		24h 7gg	
Cattinara TS Microbiologia e Virologia	Interni	24h 7gg		24h 7gg		24h 7gg	
Monfalcone Laboratorio Analisi	Interni	24h 7gg		24h 7gg		24h 7gg	

2. TARGET DI POPOLAZIONE:

Gruppi	Numero tamponi/die Fase stabilità	Numero /die Ripresa dei contagi	Numero/die Fase pandemica
Sospetti per sintomi da popolazione generale, Inclusi alunni e insegnanti	100	200	300
Contatti di positivi	50	100	150
follow-up di positivi	50*	100*	150*
Viaggiatori/migranti (casi importati)	100	100	50
operatori socio-sanitari nelle residenze	150*	150*	150*
ospiti residenze anziani e disabili (e in attesa)	150*	150*	150*
SUBTOTALE TAMPONI ORDINANTE DIP. DI PREVENZIONE	600	800	1250
operatori sanitari e dipendenti ASUGI	200*	200*	300*
PS, ricoverati Screening pre-procedura	300	400	500
SUBTOTALE TAMPONI ORDINANTE AREA MED. LAVORO E AREA OSPEDALIERA	500	600	800
GRAN TOTALE	1100	1400	2050
RANGE	<1200	1200-1500	>1500-2500

* Tamponi programmabili o calendarizzabili in agende

3. RICHIESTA/ORDINE/PRESCRIZIONE TAMPONE:

- a. Esterni:
 - i. via mail a due caselle di posta elettronica (TS profilassi.dip@asugi.sanita.fvg.it e GO infettive@asugi.sanita.fvg.it) del DIP con agende virtuali CUP per pianificare gli appuntamenti pianificabili.
 - ii. Telefonica da parte di richiedente autorizzato e di MMG/PLS/USCA.
 - iii. In via di sviluppo: Sistema gestionale per gestire tutto il processo digitalmente dal modulo di richiesta con data entry, alla raccolta consenso fino alla comunicazione referto, accessibile da internet.
- b. Interni: richiesta interna per microbiologia/laboratorio

4. DOVE, I LABORATORI:

- a. Maggiore (per esterni)
- b. Cattinara (per interni ospedale TS, per urgenze esterne solo la domenica)
- c. Monfalcone (per Interni ospedale MO-GO)

5. DOVE, I TAMPONI:

- a. Al DIP per esterni (container),
- b. Medicina del Lavoro per dipendenti,
- c. Presso le strutture residenziali e semiresidenziali e paz. domiciliari
- d. Presso i presidi ospedalieri per PS e ricoverati.
- e. Al punto prelievi del Maggiore.

6. SQUADRE DI AS O INFERMIERI PER ESECUZIONE TAMPONI:

- a. TS: 2 squadre la mattina e 2 pomeriggio in Fase di stabilità
- b. TS: 4 sq la mattina e 4 pomeriggio in Fase di ripresa dei contagi
- c. TS: 6 sq mattina e 6 sq pomeriggio in Fase pandemica
- d. MO-GO: 1 sq die in fase di stabilità
- e. MO-GO: 2 sq die in fase di ripresa contagi
- f. MO-GO: 2 sq mattino e 2 sq pomeriggio in fase pandemica
- g. Negli ospedali e PS: personale interno
- h. Nelle residenze e a domicilio: personale inf. interno e personale inf. dei distretti, medici USCA in visita.

7. REFERTAZIONE:

- a. rapida < 40 min (PS e H) ;
- b. veloce < 4 h (sintomatici, ospiti case di riposo, categorie a rischio);
- c. routine (es. campagne di screening) max 24 ore.

8. COMUNICAZIONE REFERTO POSITIVO:

- a. per esterno= telefonica immediata al cellulare di contatto, G2 portale MMG/USCA
- b. per ospiti residenze = G2 visibile al MMG e stampa massiva al distretto/->residenza

9. CONSEGNA REFERTI:

- a. Esterni:
 - i. di default online con credenziali e raccolta consenso al momento del tampone;
 - ii. ritiro presso CUP Maggiore in cartaceo con presentazione documento identità.
 - iii. Visibile al MMG/USCA e ai distretti con stampa massiva G2
- b. Ospiti residenze: Visibile al MMG/USCA e ai distretti con stampa massiva G2

5.4 PREVENZIONE – IGIENE E SANITA' PUBBLICA

Definizioni

- Definizione di caso
- Definizione di contatto
- Definizione di contatto stretto
- Definizione di focolaio

Attività

- Individuazione precoce dei casi
- Isolamento
- Intervista al caso indice
- Tracciamento dei contatti (*contact tracing*)
- Disposizione di quarantena
- Sorveglianza sanitaria
- Esecuzione di test diagnostici
- Attività relative alle residenze per anziani e disabili
- Attività di screening in comunità
- Gestione rientri dall'estero
- Gestione migranti
- Flussi informativi
- Campagna vaccinale anti-influenzale 2020-21 e vaccinazione anti SARS CoV 2 quando disponibile

Personale

DEFINIZIONI

- Definizione di Caso di COVID-19

A. Caso sospetto di COVID-19 che richiede l'esecuzione di test diagnostico

1. Una persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza di almeno uno dei seguenti sintomi: febbre, tosse, difficoltà respiratoria)

e

Senza altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica

e

Storia di viaggi o residenza in un Paese/area in cui è segnalata la trasmissione locale* durante i 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi;

oppure

2. Una persona con una qualsiasi infezione respiratoria acuta

e

Che è stata a stretto contatto con un caso probabile o confermato di COVID-19 nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi;

oppure

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

e

Che richieda il ricovero ospedaliero (SARI)

e

Senza un'altra eziologia che spieghi la presentazione clinica.

Nell'ambito dell'assistenza primaria o nel pronto soccorso ospedaliero, tutti i pazienti con sintomatologia di infezione respiratoria acuta devono essere considerati casi sospetti se in quell'area o nel paese è stata segnalata trasmissione locale

*Secondo la classificazione dell'OMS, consultare i rapporti quotidiani sulla situazione relativa al COVID-19 disponibili al seguente link:

<https://www.who.int/emergencies/disease/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>

È necessario inoltre tenere conto delle disposizioni nazionali in materia emanate a seguito di rapidi mutamenti della situazione epidemiologica dei paesi esteri (vedi aggiornamenti Circ. Min.).

B. Caso probabile

Un caso sospetto il cui risultato del test per SARS-CoV-2 è dubbio o inconcludente utilizzando protocolli specifici di Real Time per SARS-CoV-2 presso i Laboratori di Riferimento Regionali individuati o è positivo utilizzando un test pan-coronavirus.

C. Caso confermato di COVID-19

Un caso con una conferma di laboratorio per infezione da SARS-CoV-2, effettuata presso il laboratorio di riferimento nazionale dell'ISS o da Laboratori Regionali di Riferimento. (Circ. Min. Sal. 9.3.2020)

- Definizione di contatto

Un contatto di caso di COVID-19 è qualsiasi persona esposta ad un caso probabile o confermato COVID-19 in un lasso di tempo che va da 48 ore prima dell'insorgenza dei sintomi fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso.

Se il caso non presenta sintomi, si definisce contatto una persona che ha avuto contatti con il caso indice in un arco di tempo che va da 48 ore prima della raccolta del campione che ha portato alla conferma e fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso.

- Definizione di contatto stretto

Il Contatto stretto (esposizione ad alto rischio) di un caso probabile o confermato è definito come:

- Una persona che vive nella stessa casa di un caso COVID-19;
- Una persona che ha avuto un contatto fisico diretto non protetto con le secrezioni di un caso COVID-19 (per esempio la stretta di mano);
- Una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso COVID-19 (ad es. toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- Una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di almeno 15 minuti;
- Una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad es. aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso COVID-19 in assenza di DPI idonei;
- Un operatore sanitario o altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei;
- Una persona che ha viaggiato seduta in treno, aereo o qualsiasi altro mezzo di trasporto entro due posti in qualsiasi direzione rispetto a un caso di COVID-19; sono contatti stretti anche i compagni di viaggio e il personale addetto alla sezione dell'aereo/treno dove il caso indice era seduto.
- Altre persone con esposizione ad alto rischio, sulla base di valutazioni individuali, a prescindere dalla durata e dal setting in cui è avvenuto il contatto. (Circ. Min. Sal. 29.5.2020)

- Definizione di Focolaio

Si definisce focolaio la presenza di 2 o più casi epidemiologicamente collegati tra loro o un aumento inatteso nel numero di casi in un tempo e luogo definito.

(Sistema indicatori di cui al DM 30.04.2020 Documento metodologico. Min Sal, ISS vers. 1.0, 19.5.20)

ATTIVITA'

- Individuazione precoce dei casi

I casi sospetti, probabili o confermati da tampone nasofaringeo vengono immediatamente segnalati al Dipartimento di Prevenzione (DIP) da parte di operatori sanitari che formulano il sospetto sulla base di sintomatologia sospetta Covid-19 e/o criteri di tipo epidemiologico.

Le segnalazioni di casi sospetti possono essere fatte da:

- Segnalazione di casi sintomatici sospetti Covid-19 da parte di MMG/PLS/CA/USCA
- Segnalazione di casi sintomatici sospetti Covid-19 da parte del PS

Il DIP valuta la possibilità di effettuare il tampone nasofaringeo per la conferma del caso.

Le comunicazioni di casi confermati possono essere fatte da:

- Segnalazione immediata di positività al tampone da parte del Laboratorio Regionale di riferimento
- Segnalazione immediata di positività da parte di struttura ospedaliera
- Segnalazione di casi confermati o probabili o di contatti stretti da parte di altre Aziende Sanitarie / Regioni / Province autonome
- Evidenza della positività al tampone da applicazioni informatiche (es: Covid Helper)

- Isolamento

Il caso confermato con tampone positivo eseguito da Laboratorio Regionale di riferimento deve rimanere in **isolamento** obbligatorio per almeno 14 giorni, e comunque fino all'esecuzione di 2 tamponi consecutivi risultati negativi effettuati a distanza di almeno 24 ore. Il risultato del test positivo viene comunicato dall'operatore di sanità pubblica al MMG/PLS.

- Intervista al caso indice

Non appena confermato il caso l'operatore di sanità pubblica attiva l'indagine epidemiologica intervistando il caso indice al fine di raccogliere informazioni sulla storia clinica e sui possibili contatti. Ove possibile, di norma, viene effettuata una intervista telefonica strutturata. Se il caso è ricoverato in ospedale e non è in grado di collaborare, il personale ospedaliero o il medico curante possono

raccogliere informazioni direttamente dai familiari o da coloro che prestano attività assistenziali (*caregiver*).

- Tracciamento dei contatti (*Contact tracing*)

Il DIP identifica i contatti stretti (dati anagrafici, indirizzo, numero di telefono) e provvede ad elencarli in un data base.

In caso di contatti residenti/domiciliati presso altre ASL regionali i nominativi vengono segnalati direttamente all'ASL di competenza territoriale; in caso di residenti/domiciliati fuori regione o all'estero le informazioni vanno comunicate all'Autorità sanitaria della Regione FVG.

Nell'ambito del *contact tracing*, al momento dell'individuazione di un nuovo caso positivo, l'operatore del DIP deve sempre chiedere al caso se ha scaricato l'applicazione "Immuni" e invitarlo a selezionare l'opzione per il trasferimento delle chiavi anonime nel sistema del Min. Sal. Il codice numerico OTP deve essere inserito all'interno dell'interfaccia dedicata e confermata dall'utente.

- Disposizione di Quarantena

Per ciascun contatto stretto di caso deve essere disposto un provvedimento di quarantena per 14 giorni a partire dal giorno dell'ultimo contatto, deve essere informato il MMG / PLS anche ai fini di un'eventuale certificazione INPS (Circolare INPS HERMES 25.2.2020). In tal caso l'operatore rilascia una dichiarazione all'interessato e al MMG in cui si dichiara che per motivi di sanità pubblica il contatto è stato posto in quarantena precauzionale, specificando data di inizio e fine.

- Sorveglianza sanitaria

Il DIP fornisce informazioni e indicazioni chiare, anche per iscritto, sulle misure precauzionali da attuare da parte dei casi non ospedalizzati (paucisintomatici) e dei contatti stretti, fornisce anche documentazione educativa generale nei riguardi dell'infezione da SARS-CoV-2, comprese le modalità di trasmissione, gli interventi di profilassi necessari (sorveglianza attiva, isolamento, quarantena, ecc.), i possibili sintomi e le istruzioni sulle misure da attuare in caso di comparsa di sintomatologia.

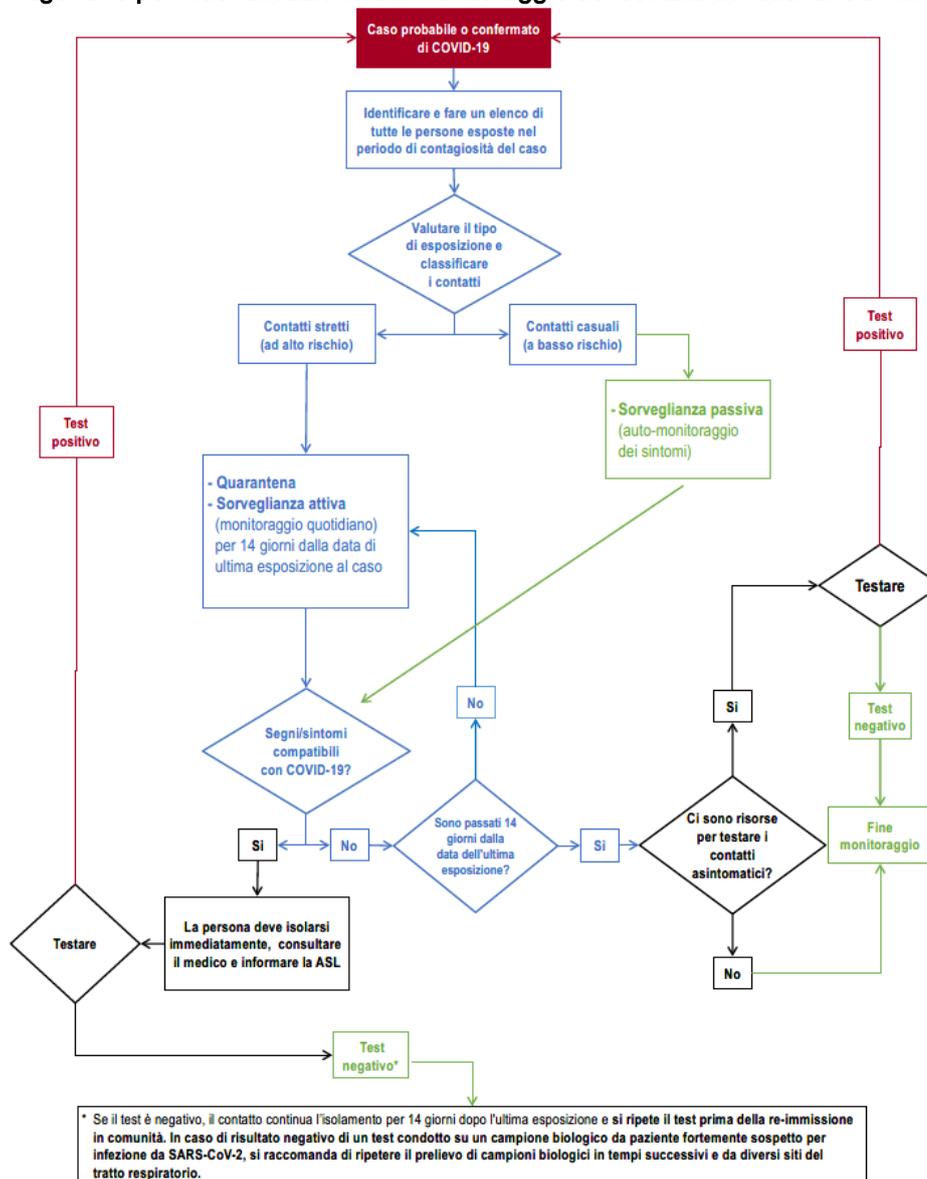
L'operatore di sanità pubblica esegue sorveglianza attiva con periodicità regolare (email, telefono, ecc.) per ottenere informazioni sulle condizioni cliniche del contatto e del caso paucisintomatico, e informa lo stesso di avvisare prontamente il proprio medico e il DIP in caso di insorgenza o peggioramento dei sintomi.

In caso di necessità di misure di sostegno sociale in corso di isolamento/quarantena, il DIP segnala il caso al Distretto di appartenenza e/o alla Protezione Civile. Laddove le condizioni adeguate per il periodo di isolamento/quarantena non possono essere garantite presso l'abitazione, si propone il trasferimento in strutture appositamente dedicate (Muggia, Tricesimo, Pasion di Prato, ecc.) adottando specifica procedura.

- Esecuzione di test diagnostici

- **Contatto:** Il DIP monitora l'evolvere della situazione clinica dei contatti e provvede all'esecuzione dei test diagnostici in coloro che sviluppano sintomi, anche lievi, compatibili con COVID-19. Se il test è **positivo** il contatto diventa caso confermato di COVID-19. Se non sviluppa sintomi il tampone viene eseguito a fine quarantena (13° giorno), se **negativo** il DIP dispone la chiusura della quarantena
- **Caso confermato:** il DIP programma l'esecuzione del tampone dopo la risoluzione della sintomatologia, se **negativo** viene programmato un altro tampone a distanza di almeno 24 ore. Se entrambi risultano negativi la persona può considerarsi **guarita**. Se il test risulta **positivo** viene eseguito un tampone a distanza di 7 giorni e successivamente, fino alla evidenza di due tamponi negativi a distanza di almeno 24 ore uno dall'altro.
- **Caso sospetto sintomatico:** in caso di comparsa di infezione respiratoria acuta grave, senz'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica, in presenza o meno di storia di viaggi o residenza in un Paese a rischio, viene effettuato il tampone diagnostico da parte del DIP se il caso non richiede ricovero ospedaliero, da parte del PS o della struttura di ricovero in caso di sintomi che richiedano l'accesso all'ospedale.

Algoritmo per l'identificazione e il monitoraggio dei contatti dei casi di COVID-19



Gestione dei contatti ad alto o basso rischio di infezione da SARS-CoV-2

Contatti stretti (ad alto rischio)	Contatti casuali (a basso rischio)
Azioni individuali • Per 14 giorni dopo la data dell'ultima esposizione con il caso:	
<ul style="list-style-type: none">▪ Rimanere in quarantena a casa, con divieto assoluto di mobilità dalla propria abitazione o dimora e di contatti sociali▪ Automonitoraggio per la comparsa di segni/sintomi compatibili con COVID-19▪ Misurare e registrare la temperatura corporea due volte al giorno▪ Evitare l'uso di farmaci che riducono la febbre (es. paracetamolo) per alcune ore prima di misurare la temperatura. Se è necessario assumere questi farmaci, avvisare la ASL.▪ Rimanere raggiungibile dalle autorità di sanità pubblica per le attività di sorveglianza▪ Seguire le buone pratiche respiratorie e una rigorosa igiene delle mani.▪ Rispettare le misure di distanziamento fisico tenendo una distanza di almeno 2 metri dalle altre persone.▪ In caso di insorgenza di sintomi, isolarsi immediatamente e consultare il proprio medico, preferibilmente telefonicamente, seguendo le raccomandazioni delle autorità di sanità pubblica locali e contattare la ASL per ulteriori indicazioni. Seguire le indicazioni riportate nel foglio informativo.	<ul style="list-style-type: none">▪ Non è necessario rimanere in quarantena.▪ Automonitoraggio per segni/sintomi compatibili con COVID-19.▪ Rispettare le misure di distanziamento fisico ed evitare viaggi.▪ Seguire le buone pratiche respiratorie e una igiene rigorosa delle mani▪ In caso di insorgenza di segni/sintomi compatibili, isolarsi immediatamente e consultare il proprio medico telefonicamente, seguendo le raccomandazioni delle autorità di sanità pubblica locali.
Azioni di sanità pubblica	
<ul style="list-style-type: none">▪ Indicare la necessità di rimanere in quarantena per 14 giorni dalla data dell'ultima esposizione con il caso.▪ Fornire ai contatti le indicazioni per l'automonitoraggio dei sintomi.▪ Sorveglianza attiva mediante telefonate, e-mail o messaggi di testo, per verificare lo stato di salute del contatto e assicurarsi che la persona stia osservando la quarantena in maniera sicura, sostenibile ed efficace per impedire la trasmissione dell'infezione.▪ Testare i contatti sintomatici (anche con sintomi lievi)▪ Informare i contatti sulle misure di prevenzione dell'infezione e consegnare a ciascuno un foglio informativo.▪ Informare MMG e PLS.	<ul style="list-style-type: none">▪ Informare i contatti sulla necessità di automonitorare i propri sintomi, e sulle misure da intraprendere in caso di insorgenza di sintomi.

- Modulazione delle attività di sorveglianza:

In periodo di controllo dell'epidemia, gli obiettivi della sorveglianza si devono concentrare sull'individuazione rapida dei casi importati o autoctoni, sul tracciamento dei contatti entro 24 ore in modo che possano essere messi in quarantena e monitorati per il periodo di incubazione di 14 giorni del virus.

In uno scenario in cui c'è una trasmissione comunitaria sostenuta del virus, gli obiettivi della sorveglianza si devono estendere al monitoraggio della diffusione geografica del virus, dell'intensità di trasmissione, delle caratteristiche della malattia e sulla valutazione dell'impatto sui servizi sanitari.

Il passaggio da uno scenario di trasmissione comunitaria ad uno stato stazionario di bassa trasmissione è attualmente il miglior risultato possibile nel breve e medio termine in assenza di un vaccino sicuro ed efficace.

Per prevenire l'escalation di trasmissione del virus e mantenere uno stato stazionario di basso livello di trasmissione è necessario siano soddisfatti i seguenti criteri fondamentali:

- La trasmissione del COVID-19 dovrebbe essere controllata ad un livello di casi sporadici e di cluster di casi, tutti da contatti noti o da importazioni e l'incidenza di nuovi casi dovrebbe essere mantenuta ad un livello che il sistema sanitario può gestire.
- Le capacità sanitarie devono essere sufficienti per individuare e isolare tutti i casi, indipendentemente dalla gravità e dall'origine. Tutti i casi sospetti devono avere i risultati dei test diagnostici entro 24 ore dall'identificazione e dal campionamento. Tutti i casi confermati devono avere un efficace isolamento (in ospedali e/o in alloggi destinati a questo uso o nella propria casa) fino a quando non siano più infetti.
- Tutti i contatti stretti dei casi devono essere rintracciati, posti in quarantena e monitorati per 14 giorni.
- Devono essere attivate tutte le misure appropriate per ridurre al minimo il rischio di trasmissione nosocomiale o in ambienti ad alta vulnerabilità con la rigorosa applicazione delle regole di prevenzione e controllo delle infezioni, compreso il triage e la fornitura di dispositivi di protezione nelle strutture sanitarie e negli ambienti di cura residenziale.
- Devono essere applicate tutte le misure di prevenzione sul luogo di lavoro per ridurre i rischi, comprese le direttive pertinenti al distanziamento fisico, al lavaggio delle mani e al controllo della temperatura corporea.
- Devono essere individuati e gestiti rapidamente i casi sospetti tra i viaggiatori e devono essere messe in quarantena le persone provenienti da aree con trasmissione comunitaria.

- Residenze per anziani e disabili

Per la gestione dell'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2 nelle residenze per anziani e disabili è stato istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale dedicato. Il gruppo ha sede operativa all'interno del Dipartimento di Prevenzione, ed è composto attualmente da 1 medico specializzando e 2 assistenti sanitari con la presenza continua dell'USCA fino al 31/07/2020.

Il gruppo è stato istituito con l'obiettivo di:

- fare da raccordo tra le richieste delle case di riposo, dei 4 Distretti presenti nel territorio, le RSA e le strutture private accreditate, i centri diurni, le comunità per disabili e il laboratorio di Virologia e Microbiologia;
- attraverso la mail di riferimento caseriposo.dip@asugi.sanita.fvg.it, concordare ed organizzare la programmazione dei tamponi di screening 1 volta al mese (ospiti ed operatori) nelle case di riposo secondo le priorità indicate dai singoli Distretti di competenza;
- concordare con i coordinatori delle attività residenziali dei Distretti e i responsabili delle comunità, nonché quelli delle case di riposo, le priorità per la programmazione negli screening;
- programmare tamponi di screening ogni 15 giorni nei centri diurni e comunità per disabili;
- compilare schede SIASI operatori e ospiti CDR, centri diurni e comunità;
- programmare i tamponi per i nuovi ingressi in CDR da domicilio dopo richiesta ricevuta dall'Unità di Valutazione Distrettuale;
- predisporre il materiale per l'esecuzione dei tamponi (da prenotazione etichetta all'invio definitivo al laboratorio);
- fornire supporto nell'applicazione delle procedure ai vari responsabili delle case di riposo e delle comunità;

- valutare la criticità dei casi sospetti segnalati dalle case di riposo, in collaborazione con l'USCA.

In collaborazione con il gruppo che si occupa della programmazione degli screening per determinate categorie (comune, farmacisti, forze dell'ordine, casi sospetti) presso le cassette mobili del Dipartimento di Prevenzione, gruppo case di riposo organizza il tampone per tutti gli operatori o ospiti non presenti nella struttura il giorno di screening concordato.

Attraverso lo stretto confronto con l'USCA, il Gruppo CDR, definisce, sulla base delle esperienze vissute nei mesi passati, le modalità di segnalazione e di intervento al fine di ottimizzare le azioni e le relative tempistiche tra i vari attori (case di riposo, Distretti, USCA, MMG, Comunità, Dipartimento di Prevenzione).

Inoltre il Dipartimento di Prevenzione si è occupato della valutazione dell'idoneità delle strutture, dopo la fase 1, per i nuovi ingressi in residenza ed è stata creata una collaborazione interna con i distretti per la gestione dei nuovi ingressi, delle dimissioni "protette" da RSA e degli eventuali casi positivi.

- Screening in comunità

La permanenza in comunità è un fattore favorente la diffusione del contagio. Inoltre alcune tipologie di comunità chiuse sono composte da persone particolarmente a rischio per le complicità dell'infezione (Residenze per anziani, RSA, comunità disabili, ecc.), o per il particolare contesto in cui si trovano tali soggetti (CARA, CPR, Carceri, Centri estivi, ecc.).

Lo screening viene effettuato con regolare periodicità, dipendentemente dai protocolli attualmente in uso (Protocollo "Indicazioni operative per le strutture residenziali, semiresidenziali e diurne per anziani e disabili durante la fase 2 dell'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2" Aggiornamento 16.7.20), agli operatori delle seguenti comunità:

- Residenze per anziani
- Residenze sanitarie assistenziali (RSA) ed Hospice
- Residenze per disabili

In aggiunta, nei tre scenari possibili, devono essere eseguiti test di screening anche alle seguenti tipologie di comunità:

- CARA (Centro per l'accoglienza dei richiedenti asilo) e CPR (Centro per il rimpatrio)
- Casa circondariale
- Centri estivi
- Scuole

- Gestione rientri dall'estero

Superata la Fase 1 con prevalenza di casi autoctoni, il rischio maggiore di diffusione del contagio è da attribuire ai casi di rientro da Paesi nei quali la situazione epidemiologica è ad alto rischio.

La situazione epidemiologica varia di giorno in giorno ed è impossibile definire Paesi o aree a rischio in maniera definitiva, di conseguenza anche la normativa si evolve con rapidità.

Al momento attuale della Fase 2 la normativa prevede che ciascun rientro da paesi non facenti parte dell'Unione Europea ed extra Schengen, eccetto alcune situazioni di deroga, debba essere comunicato al DIP per i provvedimenti di competenza (disposizione di isolamento fiduciario per 14 giorni, sorveglianza sanitaria e tampone al 13° giorno). DPCM 11.06.2020

A questa norma si aggiungono l'Ordinanza del Min. Sal. del 30.6.2020 che prevede una serie di deroghe, l'Ordinanza del Min. Sal. 16.7.2020 che prevede un elenco di paesi per i quali è vietato l'ingresso e il transito in Italia alle persone che vi abbiano soggiornato nei 14 giorni precedenti, l'Ordinanza del 24.7.2020 che dispone la quarantena obbligatoria anche per la Romania e la Bulgaria.

Il DPCM del 7 agosto 2020 integra e aggiorna le disposizioni di sorveglianza sanitaria e isolamento fiduciario a seguito dell'ingresso nel territorio nazionale dall'estero, l'Ordinanza Ministeriale del 12 agosto 2020 definisce misure urgenti di contenimento della diffusione del virus in persone che abbiano soggiornato o transitato nei 14 giorni precedenti da Croazia, Grecia, Malta o Spagna, ed infine l'Ordinanza Ministeriale del 21 settembre 2020 che include anche alcune regioni della Francia.

Gestione migranti

Al momento del rintraccio sul territorio regionale da parte della polizia di Frontiera o di altre forze dell'Ordine il DIP viene attivato per una valutazione dell'eventuale presenza di segni e/o sintomi di malattie infettive diffuse compresa l'infezione da SARS-CoV-2 e per l'esecuzione del tampone orofaringeo. In caso di presenza di sintomi suggestivi di COVID-19 il soggetto viene inviato al PS per le cure del caso o viene sottoposto immediatamente a tampone e posto in isolamento in attesa dell'esito.

Per la prevenzione delle malattie infettive relative al flusso dei richiedenti asilo in FVG vengono applicati due protocolli regionali, il "Protocollo per la gestione sanitaria dei migranti richiedenti protezione internazionale" (Nota della DCS del 12.06.2015 e successivo aggiornamento 2018) e le Raccomandazioni per l'immunoprofilassi e lo screening TBC: indicazioni per le Aziende del 31.05.2016 (aggiornamenti); per contenere la diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2 è necessario integrare queste attività con quanto previsto dalla normativa in materia di rientri dall'estero (vedi paragrafo precedente "Gestione rientri dall'estero"), applicato a tutti i migranti che provengono da Paesi non facenti parte dell'Unione Europea ed extra Schengen.

Le Prefetture individuano le strutture dove far soggiornare i migranti durante il periodo di quarantena e durante tale fase sono gestiti dagli operatori degli enti gestori che, in supporto al DIP, svolgono anche attività di sorveglianza sanitaria nei loro confronti. In caso di comparsa di sintomatologia viene predisposto l'isolamento e viene attivato il DIP per l'esecuzione immediata del tampone.

A tutti i migranti, al 13° giorno di isolamento, viene eseguito il tampone di controllo.

Una volta terminata la quarantena e avuto l'esito negativo del tampone i migranti vengono affidati alla Prefettura che assegnerà loro una sede d'accoglienza.

- Flussi informativi

Nell'ambito dell'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2 il Dipartimento di Prevenzione ha dovuto e deve ottemperare a numerosi debiti informativi nei confronti di diverse Istituzioni:

- Report quotidiano da inviare alla direzione sanitaria per le Prefetture riportante il numero di casi positivi (ricoverati o in isolamento domiciliare), numero di deceduti, persone in quarantena (contatti stretti e persone rientrate dall'estero/Paesi a rischio)
- Inserimento giornaliero nello *sharepoint* del Ministero della Salute dei dati riguardanti i casi positivi per SARS-CoV-2 (ricoverati, isolamento domiciliare, guariti, deceduti), le persone in quarantena (attiva e uscite)
- Inoltro via mail delle segnalazioni dei casi positivi (con loro successivo aggiornamento in base all'evoluzione della patologia) alla Direzione Centrale Salute per l'inoltro al Ministero della Salute
- Inserimento dei dati, suddivisi per Comune, nella piattaforma della Protezione Civile
- Inserimento e gestione dei dati nel sistema informativo regionale SIASI COVID
- Elaborazione, comunicazione e/o verifica degli indicatori di fase 2 previsti dal decreto del Ministero della Salute del 30 aprile 2020 (Decreto Speranza)

- Campagna vaccinale anti-influenzale 2020-21 e vaccinazione anti SARS-CoV-2 quando disponibile

Dal momento che non è esclusa una co-circolazione di virus influenzali stagionali e SARS-CoV-2, si sottolinea l'importanza della vaccinazione antinfluenzale, in particolare nelle persone ad alto rischio di tutte le età, per semplificare la diagnosi differenziale (dati i sintomi simili tra le due infezioni), per ridurre le complicanze da influenza in questa categorie di soggetti e di conseguenze per ridurre gli accessi in PS ed i ricoveri ospedalieri.

Per quanto riguarda il personale sanitario e socio-sanitario che opera a contatto con pazienti e soggetti istituzionalizzati in strutture residenziali o di lungo degenza, la vaccinazione è fortemente raccomandata.

L'ultima Circolare ministeriale "[Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2020-2021](#)", elaborata dalla Direzione Generale della Prevenzione sanitaria, sulla base della situazione epidemiologica raccomanda di anticipare la Campagna vaccinale a partire dall'inizio di ottobre e di estendere l'offerta della vaccinazione ai soggetti appartenenti alle categorie riportate nella Circolare, anche se si presentano in ritardo per la vaccinazione.

Nel caso in cui fosse disponibile un vaccino anti SARS-CoV-2 verrà programmata la campagna vaccinale dedicata secondo le indicazioni e direttive che verranno fornite dal Ministero della Salute e dagli altri organi competenti e preposti, pur sapendo che le categorie più vulnerabili, come gli anziani, i disabili e gli operatori sanitari e socio-sanitari verranno identificate come prioritarie nel ricevere il vaccino.

PERSONALE

Standard di personale dedicato ad attività essenziali nella risposta all'epidemia da COVID-19, afferente al Dipartimento di Prevenzione, SOC Igiene e Sanità Pubblica.

Le attività previste riguardano la ricerca dei contatti, il loro monitoraggio e l'attività di prelievo e invio dei test dei laboratori. Viene riportato come valore soglia 1/10.000 pop. come da decreto M.S. 30 aprile 2020 complessivamente per i due indicatori in quanto il personale dedicato ad entrambe le attività è riportato in entrambi gli indicatori.

Sede di Gorizia:

CONTACT TRACING			PRELIEVO/INVIO CAMPIONI			SORVEGLIANZA SANITARIA		
tipologia	previsto	attuale	tipologia	previsto	attuale	tipologia	previsto	attuale
medico specializzato	2	1	medico specializzato			medico specializzato	2	2
medico specializzando			medico specializzando			medico specializzando		
dirigente medico laureato			dirigente medico laureato			dirigente medico laureato	2	1
assistente sanitario	2	1	assistente sanitario	2	2	assistente sanitario	1	1
tecnici della prevenzione			tecnici della prevenzione			tecnici della prevenzione		
infermiere			infermiere	2		infermiere		
			OSS	1	1			
amministrativo			amministrativo	1		amministrativo		
legenda 1 = 36 o 38 h/sett								

Il personale dedicato a tali attività varia nelle diverse varie fasi dell'epidemia. Nella fase pandemica, caratterizzata da un andamento epidemiologico che richiede la sospensione di attività sanitarie aziendali routinarie è prevista, a seguito di provvedimenti d'urgenza, la ricollocazione al Dipartimento di Prevenzione di figure professionali afferenti ad altre strutture che, affiancate agli operatori sanitari normalmente impiegati presso il DIP, garantiscano il raggiungimento dello standard di personale previsto dal Ministero della Salute (1 operatore/10.000 abitanti complessivo) per lo svolgimento delle attività di sanità pubblica correlate all'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2.

Al fine del raggiungimento di tale standard è prevista la possibilità di diverse azioni a seconda degli scenari descritti di seguito.

SCENARI POSSIBILI:

Gli scenari per l'autunno, in termini di impatto sul sistema sanitario, dipenderanno molto da alcune incognite:

1. Trasmissibilità di SARS-CoV-2 a fine estate.
2. Trasmissibilità di SARS-CoV-2 nelle scuole.
3. Grado di accettazione delle misure igienico-sanitarie e comportamentali per la prevenzione della trasmissione di SARS-CoV-2 da parte della popolazione generale
4. Capacità di risposta dei sistemi di prevenzione e controllo.

Alla luce di queste incognite, i **possibili scenari** nelle diverse regioni che si prospettano per l'autunno possono essere così schematizzati:

1. **Situazione di trasmissione localizzata (focolai) sostanzialmente invariata rispetto ad oggi**, con R_t sopra soglia per periodi limitati (inferiore a 1 mese) e bassa incidenza, nel caso in cui la trasmissibilità non aumenti sistematicamente da qui alla fine dell'estate, le scuole abbiano un impatto modesto sulla trasmissibilità e il sistema sanitario regionale riesca a tracciare e tenere sotto controllo i nuovi focolai, inclusi quelli scolastici.
2. **Situazione di trasmissibilità sostenuta e diffusa ma gestibile dal sistema sanitario**, con valori di R_t sistematicamente e significativamente compresi tra $R_t=1$ e $R_t=1.25$ (ovvero con stime che superino 1 anche nell'intervallo di confidenza inferiore), nel caso in cui non si riesca a tenere completamente traccia dei nuovi focolai, inclusi quelli scolastici, ma si riesca comunque a limitare di molto il potenziale di trasmissione di SARS-COV-2 con misure di contenimento/mitigazione straordinarie.
3. **Situazione di trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario**, con valori di R_t sistematicamente e significativamente compresi tra $R_t=1.25$ e $R_t=1.5$ (ovvero con stime che superino 1.25 anche nell'intervallo di confidenza inferiore) ed in cui si riesca a limitare solo modestamente il potenziale di trasmissione di SARS-COV-2: incidenza elevata, mancata capacità di tenere traccia delle catene di trasmissione e iniziali segnali di sovraccarico dei servizi assistenziali in seguito all'aumento di casi ad elevata gravità clinica (con aumento dei tassi di occupazione dei posti letto ospedalieri - area critica e area non critica), riconducibile ad un livello di rischio elevato o molto elevato in base al sistema di monitoraggio rilevato ai sensi del DM Salute del 30 aprile 2020.
4. **Situazione di trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del sistema sanitario**, con valori di R_t sistematicamente e significativamente maggiori di 1.5 nel suo intervallo di confidenza inferiore per periodi lunghi (almeno 1 mese). Anche se una epidemia con queste caratteristiche porterebbe a misure di mitigazione e contenimento più aggressive nei territori interessati, uno scenario di questo tipo potrebbe portare rapidamente a una numerosità di

casi elevata e chiari segnali di sovraccarico dei servizi assistenziali, senza la possibilità di tracciare l'origine dei nuovi casi. A questo proposito, verranno valutate, oltre alle misure menzionate nell'allegato (scenario 3 e 4), quelle già adottate con successo nella fase più intensa dell'epidemia, proporzionate alla gravità della situazione contingente.

Le azioni del Dipartimento di Prevenzione da mantenere e potenziare nei diversi scenari sono:

- Potenziamento della presa in carico e della sorveglianza attiva per i pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio affetti da COVID-19, dimessi, o paucisintomatici non ricoverati e per i pazienti in isolamento fiduciario e per i contatti di caso
- Piano per la redistribuzione del personale in funzione dei diversi scenari per supportare le funzioni di accertamento diagnostico, isolamento, *contact tracing*, quarantena (disponibilità di almeno 1 persona /10.000 abitanti)
- Piano di formazione del personale sanitario, altrimenti impiegato, che possa supportare i Dipartimenti di Prevenzione nello svolgere funzioni di accertamento diagnostico, isolamento, *contact tracing*, quarantena in caso di un aumento di trasmissione
- Sistema di sorveglianza e monitoraggio epidemiologico che consenta l'identificazione precoce di casi sospetti di COVID-19 tra i residenti e gli operatori all'interno di ogni struttura residenziale

A seconda della diffusione dell'infezione e del relativo scenario che dovesse configurarsi, le azioni da mettere in atto sono:

- Riduzione progressiva delle attività routinarie dei servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione, con il solo mantenimento delle attività considerate essenziali
- Reclutamento di personale all'interno del Dipartimento di Prevenzione afferente alle strutture diverse da Igiene e Sanità Pubblica, afferente ad altre strutture e servizi aziendali di ASUGI o di nuova assunzione secondo modalità tradizionali o ad hoc in base alla normativa vigente per assolvere alle attività di sanità pubblica relativa all'emergenza sanitaria da nuovo Coronavirus
- Apertura del Dipartimento di Prevenzione anche nelle giornate di sabato, domenica e festivi per le attività di indagine epidemiologica, *contact tracing*, sorveglianza sanitaria, programmazione ed esecuzione di tamponi nasofaringei in sede, al domicilio e presso strutture residenziali per anziani e disabili
- Attivazione di linea telefonica dedicata all'emergenza con orario prolungato e 7 giorni su 7 per rispondere ai quesiti della popolazione
- Attivazione di linea telefonica dedicata ai MMG/PLS/CA/USCA e altri servizi territoriali

Dipartimento di Prevenzione – SC Igiene e Sanità Pubblica Sedi di Trieste e Gorizia	Azioni IN FASE STABILITA' R0 < 1	AZIONI SE RIPRESA DI CONTAGIO R0 in salita.	AZIONI in FASE PANDEMICA DI CRISI
Profilassi	(valutazione, isolamento, <i>contact tracing</i> , sorveglianza, ecc.)	Potenziamento equipe per attività di sorveglianza e per garantire la prosecuzione delle altre attività istituzionali	Potenziamento equipe
Esecuzione test diagnostici	piano tamponi, target, frequenza sierologia	Garantire l'esecuzione dei test diagnostici richiesti in tempi utili alla diagnosi e alle attività di sorveglianza	Potenziare l'equipe per l'esecuzione dei test diagnostici al massimo delle prestazioni erogabili in base alle richieste e al laboratorio
Igiene e sanità pubblica	Favorire il distanziamento sociale, percorsi sicuri Accesso alle strutture e servizi contingentato e su appuntamento con triage all'ingresso (compilazione questionario, misurazione della temperatura corporea, mascherina chirurgica correttamente indossata e igiene delle mani all'ingresso)	Aumentare distanziamento Riduzione delle attività istituzionali non essenziali più differibili Accesso alle strutture e servizi contingentato e su appuntamento con triage all'ingresso (compilazione questionario, misurazione della temperatura corporea, mascherina chirurgica correttamente indossata e igiene delle mani all'ingresso)	Chiusure di comunità Riduzione delle attività istituzionali alle sole considerate essenziali Accesso alle strutture e servizi contingentato e su appuntamento con triage all'ingresso (compilazione questionario, misurazione della temperatura corporea, mascherina chirurgica correttamente indossata e igiene delle mani all'ingresso)
Piano vaccinale influenza 2020	Anticipare l'inizio della campagna stagionale vaccinale per l'influenza a inizio ottobre con la collaborazione dei MMG e dei PLS	Prosecuzione e potenziamento della campagna vaccinale stagionale per l'influenza	Prosecuzione e potenziamento della campagna vaccinale stagionale per l'influenza
Piano vaccinale SARS-CoV-2	Programmare la campagna vaccinale secondo le indicazioni ministeriali	Programmare la campagna vaccinale secondo le indicazioni ministeriali	Programmare la campagna vaccinale secondo le indicazioni ministeriali
Altre strutture Dipartimento di Prevenzione	Svolgimento delle attività istituzionali routinarie Recupero delle attività non garantite durante la fase 1 nel rispetto delle norme igienico sanitarie e del distanziamento sociale	Riduzione delle attività istituzionali non essenziali più differibili	Riduzione delle attività istituzionali alle sole considerate essenziali

5.5 CURE PRIMARIE – MEDICINA DI FAMIGLIA – USCA - DISTRETTI

Il documento del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità (11 agosto 2020) "*Elementi di preparazione e risposta a COVID-19 nella stagione autunno-invernale*" considera tre diversi scenari epidemiologici:

- scenario attuale (sostenuta ma sporadica trasmissione locale e capacità del SSN di rispondere nell'ambito della gestione ordinaria);
- scenario 2 (diffusa e sostenuta trasmissione locale con aumentata pressione sul SSN che risponde attivando misure straordinarie preordinate);
- scenari 3-4 (diffusa e sostenuta trasmissione locale con aumentata pressione sul SSN che risponde attivando misure straordinarie che coinvolgono anche enti e strutture non sanitarie).

Vengono qui affrontate le risposte organizzative territoriali (domiciliari e residenziali) relative allo scenario attuale e allo scenario di ripresa dei contagi a sua volta modulato in una progressione di risposta proporzionale all'impatto sulle attività, poiché gli scenari 3 e 4 presuppongono potestà di intervento che esulano dalla esclusiva capacità e responsabilità organizzativa aziendale.

A prescindere dallo scenario epidemiologico, le risposte organizzative territoriali descritte nel presente capitolo, interdipendenti, integrate e coordinate, devono essere orientate a garantire il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza.

MEDICINA DI FAMIGLIA (MEDICI DI MEDICINA GENERALE, PEDIATRI DI LIBERA SCELTA)

Nota: per la stesura di questo titolo sono stati tra l'altro consultati i siti delle società scientifiche e delle OOSS di categoria maggiormente rappresentative della medicina generale e della pediatria di famiglia. Sono stati presi in considerazione i documenti ufficiali tecnico-scientifici ed organizzativi disponibili, nella loro versione più recente, mentre non si è tenuto conto di prese di posizione, indagini d'opinione, comunicati stampa. Le caratteristiche "in progress" del presente documento consentono un suo progressivo arricchimento con ogni altro contributo che dovesse esser sfuggito alla nostra ricerca. In particolare, sono stati reperiti i seguenti documenti:

- "Modelli di gestione territoriale da parte del MMG di casi sospetti o accertati di Covid-19" - versione 5 aggiornata al 2 maggio 2020
<https://fimmg.org/index.php?action=pages&m=view&p=30926&lang=it>
- "Organizzazione del lavoro e assistenza in MG nella fase II post Covid" - versione 2.1 del 03 giugno 2020
<https://www.simg.it/Coronavirus/organizzazione%20del%20lavoro%20e%20assistenza%20in%20MG%20nella%20fase%20post%20covid%20V2.1.pdf>
- "COVID-19: La gestione del paziente con sintomi compatibili" - versione 1.5 del 29 aprile 2020
https://www.simg.it/Coronavirus/Covid_Gestione paziente-SIMG_1.5.pdf
- "Vademecum del pediatra di famiglia" - versione del 25 maggio 2020

https://www.fimp.pro/wp-content/uploads/2020/05/FIMP%20e%20COVID-19%20VADEMECUM%20DEL%20PEDIATRA%20DI%20FAMIGLIA%20-%2001_Aggiornamento%2025%20maggio%202020.pdf

- “Emergenza Covid-19: proposta di strategie assistenziali e organizzative per la ripresa dell’anno scolastico 2020-2021” - versione del 26 maggio 2020
<https://www.fimp.pro/wp-content/uploads/2020/05/Documento-FIMP-su-riapertura-scuola-26-maggio-2020-1.pdf>

Anche in considerazione delle criticità manifestatesi nel corso della fase 1 della pandemia, si rende necessario armonizzare le attività dei medici di famiglia con le recenti norme regionali intervenute nella riorganizzazione dei livelli di assistenza e valorizzare l’attività di questi professionisti tenendo conto dei compiti per loro previsti dalla normativa nazionale per fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2, così da contribuire alla riorganizzazione dell’assistenza sanitaria, sia al fine di contenere la diffusione del contagio, sia con la finalità di prevenire accessi impropri in Ospedale.

A seguito delle limitazioni imposte dalle misure adottate per contenere il contagio, la tradizionale attività clinica del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta risulta profondamente rivoluzionata: da un lato la necessità di mantenere misure di sicurezza atte a proteggere gli assistiti ed i medici, evitando in particolare che i medici stessi possano diventare fonte di contagio, dall’altro la necessità di promuovere attività di medicina di iniziativa e di assistenza, anche in remoto, verso le molte persone che necessitano di cure continue non collegate direttamente alla pandemia. Inoltre, va considerato l’importante contributo che i MMG e, soprattutto, i PLS possono offrire per la ripresa in sicurezza dell’anno scolastico 2020-2021.

Tra le priorità nelle attività dei medici di famiglia dei prossimi mesi il documento “*Organizzazione del lavoro e assistenza in MG nella fase II post Covid*” (versione 2.1 del 03 giugno 2020) cita le seguenti:

1. *Identificare tempestivamente i nuovi casi sospetti per COVID-19, a partire dai sintomi e dall’anamnesi di possibile esposizione, auspicando la pronta disponibilità e l’accesso tempestivo agli strumenti diagnostici.*
2. *Monitorare pazienti COVID correlati (pazienti assistiti a domicilio, dimessi, in isolamento), fornendo oltre al monitoraggio clinico anche il supporto personalizzato con istruzioni, informazioni, certificati, ecc.*

Sia nello scenario attuale, sia nel caso di scenario 2 o di scenari 3-4, devono essere recuperati “*gli elementi costitutivi della Cure Primarie e della Medicina Generale: prossimità e pro-attività, per modificare l’attuale paradigma assistenziale, troppo centrato su una prospettiva specialistica e ospedale-centrica e rendendolo più sostenibile. È necessario dunque definire un “approccio territoriale” nella gestione della patologia da SARS-Cov-2, individuando i criteri di una presa in carico domiciliare/territoriale...*”, quale “*grande occasione per realizzare un radicale e profondo cambiamento della Medicina Generale che... sarà in grado di rafforzare e migliorare prossimità e iniziativa dei professionisti, direttamente al letto del malato e all’interno del suo domicilio... efficace anche in contesti*

futuri dove non si dovrà più gestire l'emergenza di una epidemia nell'ordinario, ma la salute dei cittadini comprese le fasi di cronicità.”

“Facendo tesoro delle strategie scaturite da un approccio più decisamente territoriale di prossimità e di medicina di iniziativa, è possibile implementare un sistema di cure e presa in carico, in grado di declinare i contenuti di una funzione definita “reperibilità a distanza” del MMG (DPCM 8/04/2020) utile anche per assistere i soggetti fragili o affetti da patologia cronica grave” (da: “Modelli di gestione territoriale da parte del MMG di casi sospetti o accertati di Covid-19” - versione 5 aggiornata al 2 maggio 2020).

Anche la scrittura di questo Piano pandemico diventa quindi occasione per definire, previo il dovuto passaggio nelle opportune sedi di negoziazione sindacale, *“una nuova modalità di assistenza alla persona che va a rafforzare il rapporto medico-paziente e il ciclo di fiducia tipico della medicina generale e suo potente strumento di conoscenza e continuità della cura delle persone”* (da: *“Modelli di gestione territoriale da parte del MMG di casi sospetti o accertati di Covid-19”* - versione 5 aggiornata al 2 maggio 2020).

Rapporto di fiducia che trova piena rispondenza nel ruolo di responsabilità attribuito a questi professionisti anche dal *“Piano Nazionale della Cronicità di cui all'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016”*: *“Le cure domiciliari devono coinvolgere, in ruoli diversi, operatori con diverse professionalità e provenienze, primi fra tutti i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, che assumono la responsabilità della gestione clinica della presa in carico, garantendo il coordinamento degli apporti professionali forniti degli operatori del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e dagli specialisti, e la continuità assistenziale nell'erogazione del trattamento.”*

RUOLO DELLE MEDICINE DI GRUPPO INTEGRATE

La capacità di risposta della medicina di famiglia, sia per l'acquisizione di elementi fondamentali di conoscenza della storia clinica delle persone, sia per ogni valutazione clinica - in remoto e/o in presenza, a domicilio e nelle residenze - è resa particolarmente efficace se esercitata all'interno della dimensione della Medicina di Gruppo Integrata (MGI).

Le finalità, le funzioni e i compiti della MGI sono precisamente definiti dalla DGR 39/2016, art. 4:

“La nuova medicina di gruppo integrata (MGI) ha finalità di armonizzare l'orario di accesso all'attività ambulatoriale, di assicurare una migliore continuità assistenziale, di attivare iniziative di promozione della salute e di prevenzione, di perseguire l'integrazione assistenziale con l'ospedale e gli altri servizi coinvolti nei processi di cura e di attivare interventi di razionalizzazione della spesa.”

“La MGI deve integrarsi con la continuità assistenziale per la copertura assistenziale sette giorni su sette al fine di garantire l'effettuazione di visite ambulatoriali, visite domiciliari, la gestione del fascicolo sanitario elettronico (FSE), l'adozione di percorsi assistenziali condivisi.”

“... i medici ... assicurano anche: ...

- *di svolgere la propria attività di studio nei confronti degli assistiti degli altri colleghi aderenti al proprio gruppo per prestazioni indifferibili qualora il medico titolare sia impossibilitato a prestare la prestazione richiesta;*
- *di coordinarsi per l'effettuazione degli accessi di assistenza programmata domiciliare e integrata ...;*
- *le prestazioni sanitarie indifferibili;*
- *la gestione della scheda sanitaria elettronica secondo standard definiti dagli accordi regionali e aziendali; ...*
- *di adottare percorsi assistenziali condivisi con l'Azienda sanitaria in sede di Comitato aziendale ex art. 23 sulla base di accordi regionali e aziendali; ...*

In applicazione della DGR 1381/2019, art. 4 (*"I medici di medicina generale sono obbligati a svolgere la loro attività all'interno delle MGI con le esclusioni previste dall'AIR MMG 2016-2018 ... con DGR 2164 del 23.11.2018."*), la quasi totalità dei MMG di ASUGI opera all'interno di una MGI, essendo state previste dagli Accordi regionali le seguenti eccezioni in deroga all'obbligatorietà:

"... l'obbligatorietà dell'ingresso nella MGI ... viene prorogata al 31.12.2019, ad esclusione che per i MMG:

- a) che compiano il settantesimo anno di età entro il 31.12.2019;*
- b) che presentino richiesta di pensionamento entro il 31.12.2019 e siano collocati in quiescenza non oltre il 1° marzo 2020;*
- c) per i quali tutte le MGI presenti sul territorio di riferimento, coincidente con l'AFT, abbiano espresso formale motivato parere sfavorevole entro il termine perentorio di trenta giorni dal ricevimento dell'istanza.*

Ulteriori deroghe all'ingresso nella MGI verranno valutate in sede di Comitato regionale ex art. 24 su proposta del gruppo tecnico ristretto."

È potestà dell'Azienda verificare i motivi della mancata adesione a una MGI da parte dei pochi medici che risultino ad oggi operare in forma non associata, che sono tenuti comunque a garantire verso i propri assistiti ogni previsione dell'Accordo Collettivo Nazionale di categoria.

Sia nello scenario attuale, sia nel caso di evoluzione negli scenari 2 o 3-4 si rivela di fondamentale importanza mettere tutti i medici di famiglia in condizioni di esercitare il loro ruolo fondamentale verso i cittadini, in particolare secondo quanto definito dagli Artt. 45 (*"Compiti del medico"*) e 47 (*"Visite ambulatoriali e domiciliari"*) del vigente *Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D.LGS. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni* (ACN MMG).

In particolar modo, il loro ruolo diventa cruciale per garantire sia la continuità informativa sia la continuità delle cure in tutti i casi di fragilità/multimorbilità che espongono gli assistiti a condizioni di estrema vulnerabilità in qualsiasi scenario considerato.

UNITA' SPECIALI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE - USCA

Le Unità Speciali di Continuità Assistenziale sono state istituite in ottemperanza all'art 8 del DL 14 del 9 marzo 2020, finanziate con il DL 34, art 1, comma 6 per il 2020. Le loro funzioni sono vincolate alla

durata dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, dichiarato dal 31 gennaio al 31 luglio 2020. ASUGI ha istituito le USCA a partire dal 10 marzo formalizzandone il percorso di attivazione con decreto n.325 il 31 marzo 2020 e con proroga al 31 dicembre 2020 in seguito al DL 83 del 30 luglio 2020.

Funzioni delle Unità Speciali di Continuità Assistenziali

Le USCA sono state istituite come Unità Speciali di Continuità Assistenziale per la gestione domiciliare di pazienti affetti da COVID-19 e sindromi febbrili e/o respiratorie sospette che non necessitano di ricovero ospedaliero, per consentire ai MMG di continuare ad erogare l'assistenza ordinaria ai propri assistiti durante la fase 1, pandemica, dell'infezione da COVID-19.

Il servizio è rivolto anche agli ospiti delle residenze per anziani e disabili che hanno eletto il loro domicilio all'interno della struttura residenziale. La particolare vulnerabilità di questi ospiti, riscontrata durante la fase 1 dell'epidemia, rende necessario definire con particolare dettaglio le attività dei medici USCA differenziandole a seconda della residenza del soggetto e del rischio di contagio di altri ospiti nella comunità di anziani o di disabili conviventi.

Le attività ed i compiti si declinano quindi all'interno dei due diversi ambiti di cura (domicilio o residenza) che, nel primo caso, possono essere erogate in modalità mono-professionale mentre, nel caso degli ospiti di residenze, saranno erogate in modalità multiprofessionale (come già avviene), data la complessità assistenziale del paziente.

Le attività in carico ai medici USCA sono tutte attività di assistenza primaria in integrazione con il MMG/PLS e con tutti gli altri attori della rete socio-sanitaria aziendale.

Nello scenario di stabilità (di transizione, caratterizzata da un incremento nel numero di nuove infezioni giornaliere con iniziale sovraccarico dei servizi assistenziali) questa funzione viene garantita:

per l'area triestina da due medici per ciascun turno 8-14 e 14-20, 7 giorni su 7;

per l'area isontina da un medico per distretto per ciascun turno 8-14 e 14-20, 7 giorni su 7.

Il numero di medici USCA presenti in turno deve essere rapidamente incrementabile in funzione dell'eventuale ripresa della diffusione della patologia, anche in integrazione con il team di intervento interdistrettuale (scenario di ripresa dei contagi) e deve prevedere ogni eventuale ulteriore potenziamento, qualora l'andamento pandemico assuma nuovamente caratteristiche di picco (scenari 3-4).

In particolare, nel caso di passaggio a una fase epidemiologica come da scenario di ripresa dei contagi la funzione va garantita:

per l'area triestina da quattro medici per ciascun turno 8-14 e 14-20, 7 giorni su 7;

per l'area isontina da due medici per distretto per ciascun turno 8-14 e 14-20, 7 giorni su 7,

riservandosi ogni ulteriore possibilità di potenziamento nel caso di passaggio a fasi compatibili con gli scenari 3-4.

Attività:

- intercettazione precoce dei soggetti COVID+ o sospetti COVID+ a domicilio con screening, diagnosi differenziale con eventuale prescrizione/esecuzione di tampone NF, prescrizione terapeutica e definizione del percorso di cura adeguato alle condizioni cliniche e alla possibilità di isolamento del soggetto positivo o sospetto positivo di concerto con:
 - a. il MMG (o, in caso di sua indisponibilità, altro medico della MGI di cui fa parte il MMG)
 - b. il Dipartimento di Prevenzione
 - c. il Distretto di appartenenza dell'assistito.
- follow-up di soggetti COVID+ ospitati presso struttura per la quarantena di positivi pauci- o asintomatici non isolabili a domicilio, localizzata per ASUGI presso la Base Logistico Addestrativa dell'Esercito in località Lazzaretto di Muggia.

Funzione di integrazione nelle residenze (area triestina)

Nello scenario attuale, di stabilità pandemica e nella sola area triestina (tenuto conto della complessità del territorio con un elevato numero di residenze e delle problematiche di tipo strutturale delle residenze stesse), si intende garantire questa funzione dal 1° ottobre 2020 prevedendo un medico per ciascun turno 8-14 e 14-20, 7 giorni su 7.

Nel caso di passaggio a una fase epidemiologica come da scenario 2 la funzione va garantita raddoppiando il numero di medici presenti in turno, se del caso in integrazione con il team di intervento interdistrettuale, e deve prevedere ogni eventuale ulteriore potenziamento qualora l'andamento pandemico assuma caratteristiche come da scenari 3-4.

Per la funzione di integrazione nelle residenze dell'area triestina vanno pertanto reclutati tre o più medici USCA, che abbiano preferibilmente già maturato esperienza in questo setting di assistenza, per svolgere attività in orario diurno con turnistica separata rispetto a quella domiciliare, identificando, se necessario, un referente tra queste figure come interlocutore con l'azienda (attraverso la cabina di regia, il team interdistrettuale e la centrale operativa).

Attività:

- intercettazione precoce, screening, diagnosi differenziale, con eventuale esecuzione di tampone NF, prescrizione terapeutica, follow-up e definizione del percorso di cura adeguato alle condizioni cliniche dei soggetti COVID+, o di sospetti COVID+ ospiti delle residenze.
- integrazione multi-professionale delle cure primarie di ospiti nelle residenze COVID+, sospetti COVID+ o di ospiti a rischio di esiti negativi e comunque ad alto rischio di infezione e di trasmissione comunitaria dell'infezione da COVID mediante generazione e condivisione di informazioni/decisioni clinicamente rilevanti per garantire un percorso attivo e non solo reattivo di cure integrate tra i diversi attori tra cui:
 - a) la struttura per anziani o per disabili che garantisce l'assistenza infermieristica e di base (OSS) alla persona e deve minimizzare il rischio di contagio di altri ospiti;
 - b) il MMG di scelta del paziente (o - in caso di sua assenza o impedimento - da altro MMG operante presso la stessa struttura), con cui condividere la presa in carico ed il percorso del paziente;
 - c) il Covid team distrettuale;

- d) il Team di intervento interdistrettuale;
- e) il Dipartimento di Prevenzione;
- f) la Centrale Operativa Territoriale;
- g) altri medici USCA e medici della CA;
- h) le RSA aziendali e accreditate;
- i) le strutture aziendali di diagnostica (Laboratorio-Microbiologia-Virologia-Radiologia);
- j) specialisti ospedalieri e ambulatoriali;
- k) il 118;
- l) il PS e i reparti di degenza.

Formazione

Per i medici neo inseriti in attività USCA verrà organizzata formazione specifica in relazione a:

- utilizzo corretto dei DPI inclusa vestizione e svestizione,
- modalità di esecuzione del tampone NF,
- gestione clinica e percorsi di cura ed isolamento dei pazienti COVID + a domicilio e in residenza.

Modalità di attivazione dei medici USCA

Il servizio funzionalmente fa riferimento alla Centrale Operativa Territoriale (Farneto) con numero verde 800 614 302 ed è coordinato dal Coordinatore aziendale SCA.

L'intervento USCA per i pazienti domiciliari viene attivato attraverso la Centrale Operativa Territoriale (Farneto), che riceve la richiesta e garantisce la messa in contatto diretta del Medico di Medicina Generale (o, nel caso di sua incontattabilità, di altro medico della stessa MGI) con il Medico USCA, al fine della condivisione dei dati clinici anamnestici ed anagrafici del paziente presso cui viene richiesto l'intervento domiciliare e del successivo passaggio di consegne per la presa in carico clinica, che resta in capo al MMG.

Per i pazienti in struttura residenziale, l'intervento USCA viene attivato attraverso la Centrale Operativa Territoriale che riceve la chiamata:

- a) dal MMG di scelta dell'ospite (o di altro MMG operante presso la struttura) o, in sua assenza, dal personale della struttura, oppure
- b) dal Distretto, oppure
- c) dal Dipartimento di Prevenzione, oppure
- d) da altri medici USCA o della CA.

Il medico USCA dispone di farmaci necessari presso la sede SCA, di ricettario SSN e può svolgere attività certificativa. Al medico vengono forniti tutti i DPI idonei per la visita e l'assistenza a casi certi/sospetti/probabili.

Il medico USCA è tenuto a garantire informazione di ritorno, in merito alle sue attività, a:

- MMG dell'assistito
- Distretto / Covid team di competenza
- Dipartimento di Prevenzione.

Tutta l'attività dei medici USCA va costantemente monitorata al fine di attivarne il tempestivo potenziamento, se del caso anche con il supporto operativo del team di intervento interdistrettuale (vedi descrizione più avanti), al fine di fronteggiare adeguatamente la situazione puntuale garantendo la risposta nello scenario attuale e in ogni eventuale evoluzione dell'attuale fase pandemica.

Si rinvia all'**Allegato A** per indicazioni ulteriori sull' inquadramento giuridico-normativo ed altre indicazioni relative all' attività delle USCA.

CABINA DI REGIA OPERATIVA TERRITORIALE E TEAM DI INTERVENTO INTERDISTRETTUALE (PER L'AREA TRIESTINA)

Nota: le due aree territoriali, isontina e triestina, necessitano di diversi modelli organizzativi e operativi in funzione della diversa tipologia di residenze, della differente disponibilità di risorse umane e del diverso approccio e coinvolgimento della medicina generale nelle due aree. Il modello di risposta dell'area isontina è descritto oltre, in capitolo specifico.

In funzione delle specifiche responsabilità in capo a:

- USCA/SCA/team di intervento interdistrettuale (= valutazione clinica ed eventuale effettuazione di tamponi NF nelle situazioni sospette/incidenti clinicamente NON emergenti/urgenti);
- 112 / 118 (= gestione delle situazioni di emergenza/urgenza);
- MMG-PLS/MGI (integrazione delle informazioni cliniche rilevanti per la valutazione delle situazioni sospette/incidenti; gestione clinica della cronicità e delle problematiche cliniche non emergenti ma non differibili);
- DIP (sanità pubblica);
- Distretti (presa in carico integrata),

si ritiene indispensabile, per l'area triestina, l'attivazione di una cabina di regia operativa territoriale al fine di governare i flussi di informazioni e di attività tra:

- Centrale Operativa,
- Distretti,
- DIP,
- USCA/SCA/team di intervento interdistrettuale,
- strutture,
- RSA
- MMG-PLS/MGI/AFT.

Il coordinamento operativo di tale cabina di regia, da affidare a un dirigente medico operante in uno dei distretti dell'area triestina, va incardinato nel DAT, deve essere logisticamente collocato all'interno o in stretta prossimità del DIP (anche per viciniorità alla direzione strategica), al fine di garantire anche la supervisione sulle imprescindibili attività di back office e di logistica a supporto dell'azione del team.

Le funzioni di supporto amministrativo alla cabina di regia sono garantite dal personale amministrativo del DAT e consistono, tra l'altro, nella raccolta dei flussi informativi necessari al monitoraggio dei volumi di attività per il tempestivo adeguamento dell'offerta in funzione della domanda.

Le funzioni di relazione e collegamento, in particolar modo a supporto dei MMG-PLS e dell'USCA, sono garantite, oltre che dal referente del coordinamento operativo della cabina di regia, da un medico di

distretto secondo un sistema di turnazione tra distretti dell'area triestina coincidente con il distretto che settimanalmente garantisce la presenza in Pronto Soccorso. Durante l'attuale fase dette funzioni sono garantite dal lunedì al venerdì, dalle ore 9 alle 16, e consistono nella contattabilità telefonica del medico di distretto, tramite Centrale Operativa, a favore di:

- MMG/PLS
- USCA
- Covid team distrettuali.

Questo medico fa parte anche del team di intervento interdistrettuale, che viene prontamente reso operativo ogni qualvolta il monitoraggio delle attività ne richieda l'attivazione.

team di intervento interdistrettuale

Il team di intervento interdistrettuale garantisce l'operatività della cabina di regia territoriale e costituisce attività distrettuale di supporto all'emergenza Covid a garanzia del mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza, sia per facilitare ogni processo di identificazione precoce a fronte dell'insorgenza di segni / sintomi sospetti, sia per garantire ogni iniziativa a supporto della presa in carico e della gestione delle persone a maggior rischio, fragili con multimorbilità, a domicilio e nelle residenze, a favore delle quali mettere proattivamente in atto ogni iniziativa possibile.

Nello scenario attuale il team di intervento interdistrettuale è composto:

- dal medico distrettuale che a turnazione garantisce il supporto alla cabina di regia
- da un infermiere in pronta disponibilità per ciascun distretto dell'area triestina.

Nel caso di ripresa dei contagi (scenario 2), il team di intervento interdistrettuale può operare anche ad integrazione e supporto delle attività USCA (che in ogni caso non sostituisce), previo aumento fino al numero massimo possibile di medici USCA presenti in turno in funzione delle vigenti disposizioni e qualora i volumi di attività, costantemente monitorati, non siano sufficienti a garantire tempestività di intervento a fronte di un aumento delle richieste.

Qualora l'andamento pandemico assuma nuovamente caratteristiche di picco (scenari 3-4), è necessario prevedere il potenziamento del team di intervento interdistrettuale, anche con la partecipazione di professionisti afferenti ad altre strutture aziendali.

1. Oltre alle funzioni di integrazione già descritte e facendo salve le diverse responsabilità già delineate (NB: il team di intervento interdistrettuale non sostituisce compiti e responsabilità in capo ad altre strutture operative aziendali o ad altre figure professionali), il team di intervento interdistrettuale ha finalità di:

- a) garantire - in integrazione con le attività USCA - una tempestiva valutazione clinica e di effettuazione del tampone a fronte di un caso sospetto a domicilio o in struttura, per insorgenza di segni e/o sintomi suggestivi, al fine di identificare precocemente i casi positivi, garantire un appropriato setting di cura e ogni misura di contenimento della progressione epidemiologica;
 - b) garantire, direttamente o indirettamente (attraverso l'attivazione di adeguati percorsi/risorse/responsabilità), la continuità assistenziale e di cura nei setting domiciliare e residenziale nella presa in carico di situazioni di fragilità/multimorbilità/complessità ad elevato rischio;
2. la tempestività dell'intervento non configura fattispecie di emergenza-urgenza, che continua ad essere di pertinenza del sistema 112-118, ma presuppone la capacità di strutturare una risposta organizzata tale da garantire una corretta gestione dei sospetti clinici sul territorio con una tempistica e una modalità tali da garantire l'identificazione dei casi positivi in un tempo ragionevolmente il più breve possibile;
 3. il team deve essere dotato di autovettura dedicata; il materiale necessario (zaino, tamponi, ...) resta in sede o nell'automezzo dell'operatore in disponibilità;
 4. anche nello scenario 2, il team viene garantito con personale distrettuale che continua al contempo a svolgere le abituali attività e viene attivato nelle situazioni in cui il monitoraggio delle attività USCA - qualora già potenziate fino a numero massimo di medici USCA in turno previsti dalle attuali disposizioni - imponga un ulteriore incremento di attività per garantire la tempestività d'intervento;
 5. va considerato comunque anche l'apporto che possono dare le strutture residenziali già rese autonome per la gestione dei tamponi programmati su ospiti / personale / nuovi ingressi, che va ricordato con la procedura aziendale ad hoc (vedi) che regola il processo di prenotazione, etichettatura, trasporto, recupero referti ecc. dei tamponi così effettuati;
 6. per la costituzione del team si prevede la turnazione tra distretti, coincidente con il distretto che settimanalmente garantisce la presenza in Pronto Soccorso, secondo il seguente schema di copertura:
 - a) h 9-16 da lunedì a venerdì: equipe medico distrettuale + infermiere per valutazione clinica + tampone "rapido"; la disponibilità dell'infermiere del team viene garantita aumentando di una unità la presenza in tali fasce orarie, con svolgimento di attività ordinarie che possano essere facilmente sospese per garantire la risposta in seno al team.
 - b) sabato e domenica consegne alla CA e raccordo con un infermiere domiciliare reperibile per eventuali passaggio di consegne condiviso tra responsabile del team e CA nel fine settimana per agenda del lunedì (es.: pz sintomatico la domenica può essere già programmato intervento il lunedì, se esiste un luogo/documento condiviso per le consegne)
 7. in caso di recrudescenza (scenari 3-4) il peso organizzativo non dovrà gravare esclusivamente sulle strutture distrettuali. Va pertanto considerato il ruolo delle altre strutture (territoriali e ospedaliere) e delle altre figure professionali di area internistica-geriatrica come potenziali riserve al fine di garantire una maggiore copertura oraria/settimanale e possibili incrementi improvvisi delle necessità di intervento;
 8. le modalità di attivazione del team di intervento interdistrettuale, in supporto all'USCA, e i conseguenti flussi informativi sono quelli già descritti per l'attivazione USCA.

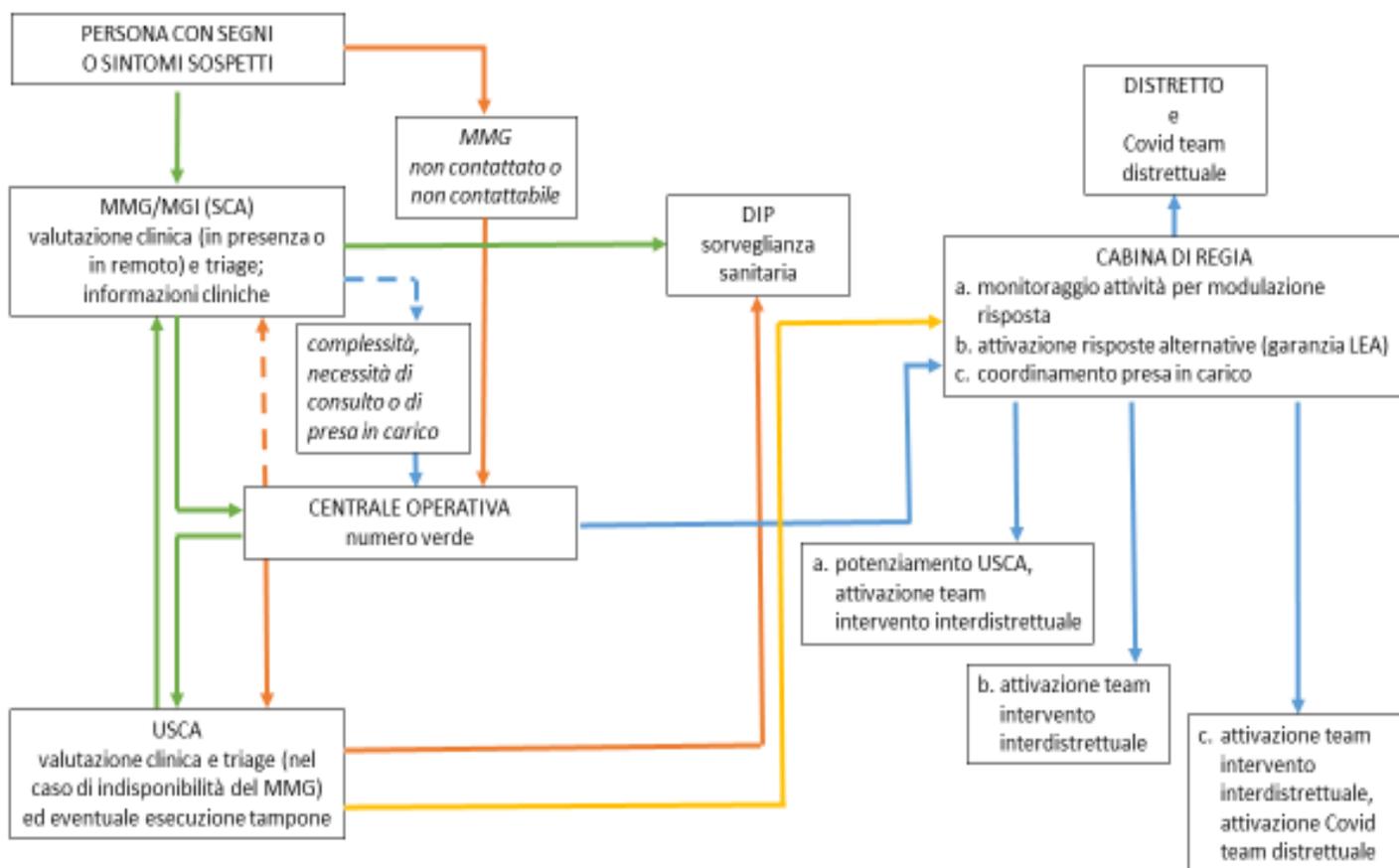


Diagramma di flusso per l'attivazione

1. Persona con segni / sintomi sospetti contattata:

- a) il proprio MMG (SCA nelle giornate/orari previsti), oppure
- b) in caso di indisponibilità del proprio MMG, un medico della stessa MGI, oppure
- c) in caso di indisponibilità del proprio MMG e degli altri medici della stessa MGI, la Centrale Operativa Territoriale al numero verde 800 614 302 (vedi punto 3).

2. il MMG segnala il caso:

- a) telefonicamente alla Centrale Operativa per:
 - i. l'attivazione dell'USCA e
 - ii. l'eventualità di attivare, attraverso la cabina di regia e il team di intervento interdistrettuale, risposte tempestive per la presa in carico di situazioni complesse;
- b) in email al DIP per le attività di sorveglianza sanitaria.

3. la Centrale Operativa:

- a) allerta il medico USCA in turno e lo mette in contatto telefonico con il MMG;
- b) verifica l'eventuale riferita incontattabilità/indisponibilità del MMG/MGI e segnala l'esito alla cabina di regia;
- c) invia comunicazione alla cabina di regia:
 - i. email per monitoraggio attività,

- ii. telefonica nell'eventualità di attivazione del team di intervento interdistrettuale per presa in carico tempestiva di situazioni complesse (prevedendo contatto telefonico diretto tra MMG segnalante e team di intervento interdistrettuale).

4. il medico USCA:

- a) effettua l'intervento (valutazione clinica, eventuale tampone);
- b) fornisce informazione di ritorno:
 - i. telefonica al MMG,
 - ii. email alla cabina di regia (previa eventuale comunicazione telefonica per l'eventuale presa in carico di situazioni complesse),
 - iii. email al DIP.

5. La cabina di regia:

- a) monitora i volumi e gli esiti dell'attività USCA;
- b) segnala l'eventuale necessità di potenziare l'USCA;
- c) attiva, se del caso, il team di intervento interdistrettuale;
- d) coordina, attivando risposte tempestive, la presa in carico di situazioni complesse eventualmente segnalate dal MMG (o dall'USCA);
- e) fornisce informazioni costanti al distretto di competenza e al relativo Covid team.

MODALITÀ DI SEGNALAZIONE DI CASO SOSPETTO COVID-19 E CONSEGUENTI INTERVENTI DI MONITORAGGIO NELL'AREA ISONTINA

Nell'attuale situazione epidemiologica della diffusione della SARs-CoV-2 si possono verificare due situazioni:

- A. paziente che si trova PRESSO IL PROPRIO DOMICILIO e manifesta sintomatologia sospetta per l'infezione SARs-CoV-2:
 - 1. contatto con il MMG o con MGI (Medicina di Gruppo Integrata negli orari di reperibilità) o con Servizio di Continuità Assistenziale (SCA) negli orari in cui sono attive per valutazione clinica;
 - 2. eventuale attivazione medico USCA tramite centrale operativa territoriale (Numero verde: 800614302). Raccordo con 112 qualora ci sia presenza di sintomatologia respiratoria importante (ad es. dispnea);
 - 3. il MMG/USCA/SCA a conclusione della valutazione clinica decide in merito alla necessità di richiesta o meno del tampone NF;
 - 4. il MMG/USCA/SCA trasmette la richiesta di tampone NF al Dipartimento di Prevenzione di Gorizia mediante l'apposita mail: infettive.profilassi@asugi.sanita.fvg.it mediante la segnalazione compilabile messa a disposizione o comunque riportando sulla mail i dati anagrafici e un recapito telefonico del paziente;
 - 5. il Dipartimento di Prevenzione di Gorizia valuta la necessità dell'esecuzione del tampone e conseguentemente organizza l'effettuazione del tampone presso la postazione dedicata o a

domicilio a seconda delle condizioni clinico-assistenziali del paziente segnalato (esclusivamente nel caso di paziente allettato).

- B. Paziente che si trova PRESSO UNA RESIDENZA PER ANZIANI O PER DISABILI o STRUTTURA RESIDENZIALE ASSIMILABILE e manifesta sintomatologia sospetta per l'infezione SARs-CoV-2:
1. Rilevazione di febbre >37,5°C ed esecuzione triage specifico per rilevazione sintomi e/o segni sospetti per infezione Covid-19;
 2. Posizionamento dei DPI al paziente (mascherina chirurgica o FP2) e, se possibile, isolamento in stanza singola o isolamento di coorte, qualora ci siano più casi con sintomi/segni simili;
 3. Segnalazione al MMG o MGI (Medicina di Gruppo Integrata: negli orari di reperibilità o al Servizio di Continuità Assistenziale (SCA) negli orari e giornate in cui MMG non è in servizio per valutazione clinica del paziente;
 4. eventuale attivazione medico USCA tramite centrale operativa territoriale (Numero verde: 800614302). Raccordo con 112 qualora ci sia presenza di sintomatologia respiratoria importante (ad es. dispnea);
 5. A conclusione della valutazione clinica il medico decide in merito alla necessità di richiesta o meno del tampone NF e conseguentemente alla prosecuzione dell'isolamento dell'anziano, in attesa di esito del tampone stesso;
 6. Il MMG o il Medico USCA o SCA o il referente infermieristico della residenza per anziani/disabili trasmette al Dipartimento di Prevenzione la richiesta di tampone NF utilizzando l'indirizzo mail: infettive.profilassi@asugi.sanita.fvg.it mediante la segnalazione compilabile messa a disposizione o comunque riportando sulla mail i dati anagrafici e un recapito telefonico della struttura.
 7. In caso di effettuazione del tampone, il Dipartimento di Prevenzione si raccorda con la residenza per la programmazione dello stesso nel più breve tempo possibile e comunque entro la mattinata del giorno successivo alla segnalazione.
 8. La programmazione del tampone prevede:
 - a. stampa dell'etichetta e preparazione della provetta, consegna della stessa alla residenza che ne ha fatto richiesta: a cura del Dipartimento di Prevenzione di Gorizia;
 - b. esecuzione del tampone: a cura del personale infermieristico della residenza in cui è accolto il paziente sospetto;
 - c. ritiro del campione eseguito e trasferimento al laboratorio con richiesta di esecuzione "urgente" dell'esame: da parte del dipartimento di Prevenzione;
 9. al fine di facilitare l'organizzazione dell'esecuzione del tampone e permetterne l'esecuzione anche in fasce orarie e giornate in cui gli operatori del Dipartimento di Prevenzione non sono in servizio, si concorda di assegnare ad ogni residenza una dotazione di provette per tampone NF che potranno essere eseguiti e trasmessi al laboratorio di Monfalcone a mezzo messo aziendale con richiesta cartacea appositamente predisposta, che successivamente verrà registrata da parte del Dipartimento di Prevenzione. In questo caso il referente Covid della residenza o suo sostituto procederà nel modo seguente:

- a. allerta del Laboratorio di Microbiologia ed esami Ematochimici di Monfalcone, telefonando ad uno dei numeri telefonici seguenti: 0481 - 487577/487646/487718, specificando l'invio di tampone NF per ricerca COVID-19;
 - b. esecuzione del tampone NF da parte del personale infermieristico della residenza in cui è accolto il paziente sospetto;
 - c. preparazione del campione per il conseguente trasporto presso il laboratorio per l'esecuzione dell'indagine (Laboratorio di Microbiologia ed esami Ematochimici di Monfalcone): provetta inserita in triplo sacchetto trasparente accompagnata da un piccolo refrigerante, accompagnata dalla richiesta cartacea;
 - d. attivazione del servizio di trasporto: il referente Covid della residenza o suo sostituto contatterà il centralino del presidio ospedaliero di Gorizia (0481 - 5921) per le residenze del Distretto Alto Isontino e del presidio ospedaliero di Monfalcone (0481 - 4871) per le residenze del Distretto Basso Isontino;
 - e. l'operatore reperibile del servizio trasporto dell'area isontina consegnerà il/i campione/i presso il laboratorio di Monfalcone
10. l'esito del tampone verrà inserito negli appositi sistemi telematici aziendali, cui può accedere anche il MMG, e successivamente trasmesso alla residenza. Qualora l'esito risultasse POSITIVO, verrà trasmesso per le vie brevi (telefonicamente; mail) al referente COVID della residenza, al MMG e al distretto di riferimento: al Punto Unico di Accesso del rispettivo distretto isontino di appartenenza (P.U.A., ai seguenti recapiti: per D.A.I. 0481 592856 - 0481 592891, email: puai.dai@asugi.sanita.fvg.it, dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 15.00; per D.B.I. 0481 487709, email: puai.dbi@asugi.sanita.fvg.it, dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 15.00). Attivazione della Centrale Operativa Territoriale per l'organizzazione del trasferimento dell'assistito, nel più breve tempo possibile, presso reparto COVID dedicato (RSA SAN GIUSTO se asintomatico o paucisintomatico, reparto Infettivi del Maggiore o altro reparto medico appropriato, se presenza di sintomatologia respiratoria o altra significativa).

ALLEGATO A - CAPITOLO 5.5 CURE PRIMARIE E INTERMEDIE, USCA E TEAM DI INTERVENTO INTERDISTRETTUALE

PERSONALE MEDICO DA DESTINARE ALL'ATTIVITA' USCA

- a) Possono essere destinati a tale attività, su base volontaria ed in ottemperanza all'art. 8 del DL n. 14 del 09 marzo 2020:
- i Medici del Servizio di Continuità Assistenziale con incarico a tempo indeterminato o determinato presso A.S.U.G.I.,
 - i Medici frequentanti il CeForMed. secondo quanto previsto dall'art. 8 del DL n. 14 del 09 marzo 2020,
 - in via residuale i laureati in Medicina e Chirurgia abilitati ed iscritti all'Ordine di competenza secondo quanto previsto dall'art. 8 del DL n. 14 del 09 marzo 2020, previa adeguata formazione,
 - in caso di necessità possono essere destinati alle U.S.C.A. anche altri Medici, quali dipendenti e convenzionati, resisi disponibili per sospensione delle attività routinarie a causa dello stato di emergenza.

ORARI DI ATTIVITA' DEL SERVIZIO PERSONALE MEDICO E PERSONALE DI SUPPORTO

- a) A.S.U.G.I. costituisce un numero di U.S.C.A. proporzionale alla situazione di bisogno sul territorio, di norma non superiore ad una unità speciale ogni 50.000 abitanti. *Vedi legge 77/2020*
- b) Ogni U.S.C.A. costituita da un numero di medici pari a quelli già presenti nella sede di continuità
- c) assistenziale prescelta.
- d) Il servizio opera sulle 12 ore, dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di tutti i giorni della settimana, inclusi prefestivi e festivi con personale medico dedicato.
- e) I turni di servizio durano 6 ore; in dettaglio, dalle ore 8.00 alle ore 14.00 e dalle ore 14.00 alle ore 20.00.
- f) Il servizio viene attivato nelle seguenti sedi del Servizio di Continuità Assistenziale (S.C.A.):
- Trieste: presso l'Ospedale Maggiore per tutti e 4 i distretti in cui è suddiviso il territorio triestino;
 - Gorizia: per il territorio di competenza del distretto Alto Isontino;
 - Monfalcone: per il territorio di competenza del distretto Basso Isontino.
- g) In dettaglio il personale medico dedicato nelle tre sedi individuate è così distribuito:
- Trieste:**
- n. 4 Medici per il turno mattutino (8.00 - 14.00);
 - n. 4 Medici per il turno pomeridiano (14.00 - 20.00).
- Gorizia:**
- n. 2 Medico per il turno mattutino (8.00 - 14.00);
 - n. 2 Medico per il turno pomeridiano (14.00 - 20.00)
- Monfalcone:**
- n. 2 Medico per il turno mattutino (8.00 - 14.00);
 - n. 2 Medico per il turno pomeridiano (14.00 - 20.00).

- h) A supporto del medico per lo svolgimento di visite a pazienti residenziali infetti/a rischio (ausilio nella visita, vestizione/svestizione e per la messa in sicurezza dei D.P.I. utilizzati) viene previsto l'affiancamento di almeno un infermiere/a professionale o in loro carenza di un Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) debitamente formato.
- i) In base all'evoluzione epidemiologica locale, alle necessità emergenti e all'analisi dell'attività sarà possibile modificare l'organizzazione del servizio così come definita, sia in termini di potenziamento che di riduzione

MODALITA' DI ATTIVAZIONE ED EROGAZIONE DEL SERVIZIO. DOTAZIONI STRUMENTALI

- a) L'organizzazione dell'attività ed il coordinamento dei Medici dell'U.S.C.A. è affidata allo stesso sistema di coordinamento attualmente previsto per la S.C.A.
- b) Il Medico incaricato prende servizio presso la sede S.C.A. a cui è destinato. Il servizio viene attivato esclusivamente e direttamente dal Servizio di Urgenza Emergenza Territoriale (Centrale Operativa Farneto)
- c) Le chiamate vengono, quindi, filtrate dal 112 che avrà a disposizione il numero di riferimento da chiamare per ogni sede (fisso o cellulare), fornito dall'ufficio competente.

COMPITI DEL MEDICO

1. Il Medico dell'U.S.C.A., adeguatamente formato, decide, in base alle richieste ricevute e a quelle eventualmente rimaste inevase nei giorni precedenti, quali priorità assegnare agli interventi;
2. In base alla tipologia del Paziente a cui prestare assistenza il Medico dell'U.S.C.A. adotta i seguenti comportamenti:
 - paziente negativo in isolamento o paziente positivo asintomatico => permanenza a domicilio, nessun intervento terapeutico, sorveglianza sanitaria ed eventuale contatto telefonico o via e-mail con il curante (M.M.G.- A.P.) e il Dipartimento di Prevenzione;
 - paziente positivo con sintomatologia respiratoria lieve (febbre $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$, tosse/rinite, no dispnea) => permanenza a domicilio, contatto quotidiano col M.M.G. per valutazione del paziente in rapporto all'età e comorbidità note per la definizione del percorso terapeutico da instaurare; se prevalenza delle comorbidità e/o dei sintomi respiratori e $\text{pO}_2 < 90\%$ => ricovero tramite 112;
 - paziente con sintomatologia severa (febbre elevata, tosse grave, dispnea o insufficienza respiratoria acuta (I.R.A.) => ricovero tramite 112.
3. Alla fine di ogni intervento il Medico dell'U.S.C.A. compila apposita modulistica che riporta la registrazione dei dati clinici raccolti (temperatura corporea - pressione arteriosa - frequenza cardiaca - frequenza respiratoria - saturazione ossigeno (saturimetro - obiettività toracica) per consentire al M.M.G. la conoscenza dell'andamento sanitario del proprio assistito;
4. L'attività certificativa rimane in capo al M.M.G. (A.P. e C.A.) e PLS, opportunamente informato mediante apposito documento (vedi documenti del Dipartimento di Prevenzione);
5. Non è previsto accesso telefonico diretto da parte degli utenti o numero dedicato da fornire all'utenza. Gli accessi (telefonici) vengono registrati dalla Centrale Operativa Territoriale secondo le modalità ordinarie previste per S.C.A. (Accordo Collettivo Nazionale - CAPO III - art. 68 comma 4 lett. B);

6. Al Medico in servizio vengono forniti tutti i Dispositivi di Protezione Individuali necessari (D.P.I.) in particolare per la visita e l'assistenza a casi certi/sospetti/probabili da nuovo Coronavirus ovvero per ciascun intervento a rischio:
 - a) una mascherina respiratoria ffp3,
 - b) una mascherina chirurgica,
 - c) un occhialino e/o visiera trasparente,
 - d) un camice monouso,
 - e) due sovrascarpe,
 - f) quattro guanti protettivi,
 - g) una cuffietta monouso.
7. Le eventuali visite domiciliari verranno effettuate solo se saranno disponibili tutti i D.P.I. necessari a garantire la sicurezza dell'Operatore.
8. In caso di mancata fornitura dei D.P.I., le visite non potranno essere effettuate.
9. Ai Medici dell'U.S.C.A., per lo svolgimento delle specifiche attività, deve essere messo a disposizione il ricettario del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) che potrà essere utilizzato esclusivamente per prescrizioni a favore dei pazienti da trattare.
10. Saranno a disposizione per ogni sede U.S.C.A.:
 - a) auto di servizio, che andrà sanificata alla fine della giornata da personale addetto,
 - b) kit completo D.P.I. come da elenco,
 - c) termometro e saturimetro,
 - d) borsa dotata di farmaci e di tutto il materiale necessario all'effettuazione degli interventi propri del servizio.
11. I Medici incaricati dispongono dei farmaci necessari presso la sede S.C.A. a cui sono destinati.

INQUADRAMENTO GIURIDICO-NORMATIVO E TRATTAMENTO ECONOMICO

- Le attività previste nel presente Accordo rientrano tra quelle previste dall'art. 8 del DL 09.03.2020, n. 14, che stabilisce anche il relativo trattamento economico. (CONVERTITO NELLA LEGGE 77/2020)
- Al Medico incaricato saranno corrisposti, inoltre, i contributi ENPAM secondo l'ACN vigente.
- Si concorda inoltre che:
 - a) ai Medici operanti nelle U.S.C.A. deve essere corrisposta l'indennità aggiuntiva per i superfestivi (art.12 AIR/2019 SCA),
 - b) è attivata, anche per i Medici operanti nelle U.S.C.A., la copertura assicurativa ai sensi dell'art. 73 del vigente A.C.N. per la disciplina dei M.M.G. (come avviene per altre Regioni).
- Le ore effettuate dai Medici frequentanti il CeForMed sono da considerarsi ore formative e rientrano nel piano formativo.

5.6 CURE RESIDENZIALI-QUARANTENA

PRESIDI SANITARI DI QUARANTENA PER PERSONE POSITIVE AL COVID-19 O CASI SOSPETTI

ASUGI necessita di presidi di quarantena da dedicare a persone che non hanno un contesto domiciliare e abitativo adeguato a garantire l'isolamento.

Condizione clinica COVID correlata: persone asintomatiche o paucisintomatiche.

Si individuano due target di utenza e fabbisogno di relativi posti letto/unità abitative:

1. persone autosufficienti: almeno 30 posti
2. persone parzialmente autosufficienti o non autosufficienti:
 - a. RSA San Giusto (23 posti letto)
 - b. Altro presidio o presidi con almeno 40 pl (da attivare in base alla fase epidemica)

1. Presidio per persone autosufficienti

La struttura di Lazzaretto a Muggia presso la Base Logistica individuata dalla Protezione Civile, già in uso ad ASUGI durante la fase pandemica, è stata riattivata dal 10 agosto. Di seguito le caratteristiche della struttura.

Tipologia di struttura:

- struttura isolata dal contesto urbano con spazi aperti propri;
- adeguato accesso per ambulanze, automezzi di servizio, furgoni delle ditte di consegna forniture;
- garanzia della fattibilità di separare i percorsi pulito e sporco;
- adeguata areazione;
- parcheggio proprio per almeno 5 automezzi;
- stanze singole o doppie con bagno interno; arredi: letto non ospedaliero, armadio e comodino; metratura della stanza adeguata per avere una zona giorno, ovvero frigorifero, tavolo da pranzo e sedie; TV e prese elettriche anche per strumenti informatici; telefonia mobile qualora la persona ne sia sprovvista;
- spazi adeguati per l'attività degli operatori;
- spazi da adibire a: magazzino, deposito farmaci e materiale sanitario, deposito pulito di materiale lettereccio e biancheria;
- spazi lavanderia da dedicare e attrezzare con lavatrici ed asciugatrice;
- area da dedicare al deposito di materiale lettereccio e biancheria sporchi;
- area da dedicare ai rifiuti speciali;
- area da dedicare ai rifiuti urbani;

Organizzazione e dotazione di personale del Lazzaretto

- Presidio attivo sulle 24 ore 7 giorni su 7
- Copertura h 24 in presenza con personale OSS, turno in quinta: 1 operatore per turno, con sormonto nelle fasce orarie di distribuzione dei pasti e delle consegne (5 OSS; 7 OSS se presenze superiori a 15)
- Copertura infermieristica: in base ai fabbisogni derivanti dai piani personalizzati e per esecuzione tamponi (1 infermiere dedicato); attivazione del SID di competenza territoriale per ulteriori necessità)
- un Coordinatore dedicato con presenza a tempo parziale;
- uno psicologo di riferimento per attività da remoto;
- un medico di Distretto di riferimento per attività programmate anche da remoto;
- necessità di intervento medico: SCA/USCA attivabili tramite Centrale Operativa 800614302 e 112 qualora necessario

2. Presidi per persone parzialmente autosufficienti o non autosufficienti COVID+

“RSA S. Giusto” presso l’Ospedale Maggiore

A. STATO ATTUALE (Fase di stabilità)

La RSA San Giusto presenta le attuali seguenti caratteristiche:

- disponibilità 23 posti letto
- Struttura intermedia che Ospita persone stabili non autosufficienti Covid +
- attività di area clinica, assistenziale e riabilitativa come da mandato regionale per le RSA, per persone prevalentemente anziane che necessitano di percorsi di riabilitazione/riattivazione con ripristino delle condizioni di maggior autonomia possibile in vista del rientro a domicilio (o casa di riposo), ancora in stato di Covid+
- accoglie persone Covid + da:
 - Ospedale
 - Residenze per Anziani
 - domicilio
- personale operativo:

2 medici, presenza nei giorni feriali

1 coordinatore della struttura

18 Infermieri (10 come da standard di accreditamento regionale, più la quota per garantire i percorsi sporco-pulito in area Covid+)

18 OSS (14 come da standard di accreditamento regionale, più la quota per garantire i percorsi sporco-pulito in area Covid+)

3 fisioterapisti (come da standard di accreditamento regionale, compreso il coordinatore dei fisioterapisti, sempre in area Covid+)

B. IPOTESI DI SVILUPPO - SCENARI

- 1. Mantenimento di una struttura territoriale COVID:** alla luce dell'attuale situazione epidemica di stabilità è necessario mantenere la struttura così come fin qui organizzata, con le risorse umane e disponibilità di posti letto di cui al punto A.
Lo staff assistenziale (infermieri e OSS) potrebbe essere organizzato in maniera elastica, in modo da essere tutto presente con piena capienza e distribuito in altre strutture distrettuali a capienza scarsa o nulla.

- 2. Fase di ripresa dei contagi nelle strutture residenziali per anziani e disabili:**
 - RSA San Giusto: vedi punto A
 - Individuare un secondo presidio on demand dedicato alla gestione di persone positive che non hanno criteri clinici per essere ospedalizzate. (vedi oltre alla voce Presidio on demand per persone parzialmente o non-autosufficienti).

- 3. Fase pandemica**
 - RSA San Giusto: vedi punto A
 - Individuare e attivare una o più presidi on demand dedicati alla gestione di persone positive che non hanno criteri clinici per essere ospedalizzate (vedi oltre alla voce Presidio on demand per persone parzialmente o non-autosufficienti).

2.1. Presidio “on demand” per persone parzialmente o non autosufficienti ospitate nelle residenze per anziani e/o disabili, risultate CoVi19+ asintomatiche o paucisintomatiche, con necessità di quarantena

Tipologia di struttura:

- struttura isolata dal contesto urbano con spazi aperti propri;
- assenza di barriere: presenza di rampe qualora necessario e ascensore/montacarichi adeguato;
- garanzia della fattibilità di separare i percorsi pulito e sporco;
- adeguata areazione;
- adeguato accesso per ambulanze, automezzi di servizio, furgoni delle ditte di consegna forniture;
- parcheggio proprio o in area limitrofa per almeno 7 automezzi;
- stanze singole o doppie con bagno interno; arredi: letto ospedaliero, armadio e comodino; metratura della stanza adeguata per avere una zona giorno, ovvero frigorifero, tavolo da pranzo e sedie; TV e prese elettriche anche per strumenti informatici; telefonia mobile qualora la persona sia in grado di utilizzarla e ne sia sprovvista; sistema di chiamata/attivazione del personale;
- spazi adeguati per l'attività degli operatori;
- spazi da adibire a: magazzino, deposito farmaci e materiale sanitario, deposito pulito di materiale lettereccio e biancheria;
- spazi da dedicare e attrezzare con lavatrici ed asciugatrice;
- area da dedicare al deposito di materiale lettereccio e biancheria sporchi;
- area da dedicare ai rifiuti speciali;
- area da dedicare ai rifiuti urbani;

SETTING: struttura per ospiti COVID+, con caratteristiche di residenza per anziani livello 3 (secondo gli standard di accreditamento regionale delle strutture per anziani, come al decreto del Presidente della Regione 13 luglio 2015, n. 144)

TARGET: persone con profili di bisogno A complesso, A, B e B comportamentale, C ed E, ossia anziani o disabili dimoranti in strutture residenziali a bassa intensità clinica, positivi al tampone per CO-VI19 asintomatici o paucisintomatici. Non è previsto l'accoglimento di persone in ossigenoterapia continua, ma laddove necessario sarà disponibile un concentratore di ossigeno, se la struttura non fosse già dotata di impianto centralizzato.

Gli ospiti COVID positivi vengono spostati per la quarantena:

- Per ricevere cure continuative, riattivazione, mobilitazione, supporto nutrizionale e psicologico con presenza di personale di assistenza e infermiere H24;
- Per verificarne la negativizzazione;
- Per fare vuoto sanitario nei luoghi di residenza e consentire una sanificazione e igienizzazione dei locali, arredi e oggetti.

Dopo la convalescenza e la negativizzazione, gli ospiti torneranno nelle loro strutture, se agibili.

Il MMG resta quello di scelta, ma nella struttura opereranno i medici dei distretti.

Tutto il percorso andrà ratificato, dal Distretto di pertinenza della struttura di residenza, in un nuovo PAI che andrà concordato con l'ospite, la famiglia e il MMG e che andrà aggiornato alla guarigione dell'ospite, per garantire la continuità assistenziale al rientro nella sua struttura di provenienza.

È assolutamente indispensabile la trasmissione alla struttura accogliente di tutti gli elementi necessari per la costruzione del piano assistenziale (particolari esigenze alimentari, abitudini, terapia in corso, rischi particolari, ecc.). Il distretto di riferimento della struttura di residenza si occupa della messa in sicurezza del percorso da una struttura all'altra (trasmissione dati, organizzazione trasporto, raccordo con il MMG e i famigliari, ecc.)

TIMING: l'attivazione è determinata dalla casistica; 1 caso non può attivare una struttura intera per questioni di bilancio costi/benefici. Devono essere presenti almeno 10 casi e il trend è in aumento da almeno 2 settimane.

STRUTTURA: la struttura può essere unica, unica su più moduli o distribuita sul territorio in varie sedi individuate, sulla tipologia dell'ospitalità diffusa. L'agibilità è subordinata alle autorizzazioni degli organi preposti (DIP, NAS, ecc.). Ogni struttura (o modulo), oltre ai locali gestionali, deve comprendere una zona svestizione dai DPI, un bagno per il personale, un locale per il caffè/ristoro.

Orientamento: verrà predisposta segnaletica interna (n. sulle stanze di degenza, nomi sulle porte delle stanze operative, nome del modulo, con un nome di fantasia di più efficace orientamento per l'ospite con lieve disorientamento, "*libeccio*", "*scirocco*", "*bora*", ad esempio). È utile che la struttura abbia dei percorsi di sicurezza per gli ospiti con compromissione cognitiva e *wandering*, da verificare dopo identificazione della struttura.

Postazioni lavoro: ogni modulo avrà una stanza infermieri in area contaminata; oltre che una postazione infermiere/coordinatore in area non contaminata.

Area tecnica: il referente ASUGI per la parte tecnica verificherà alla prima occasione eventuali necessità tecniche (es. vuotatoio e allacciamento per la lavapadelle, luce testa letto, campanelli di chiamata, ecc.)

Unità letto: sono necessari letti meccanici, alcuni con movimento di alzata pediera e testiera, gli altri solo testiera; materassi, cuscini, lenzuola, cuscini antidecubito e sopra materassi ad aria sono forniti da ASUGI (utilizzo appalti in essere); in acquisizione i comodini/tavolini pranzo per le persone che non possono frequentare le aree comuni; per gli altri, è necessaria la predisposizione di un'area pranzo.

Effetti letterei e biancheria degli Ospiti: è necessario creare il percorso e la modalità di stoccaggio e uscita degli effetti letterei sporchi, con la consulenza del SPPA ASUGI. Le divise sono fornite e sanificate dalla ditta del personale operante in struttura (da definire se ASUGI o in appalto). Sono divise standard, di diverse misure, in cotone, che si indossano a inizio turno e si mandano al lavaggio a fine turno. Non sono nominative. Non è indispensabile un codice colore diviso per professione. Per la quantità, il n. di 2 o 3 a operatore è sufficiente se il ricambio sporco pulito è tempestivo. I materassi

necessari richiedono misure standard 195x80 e sono forniti dalla ditta del lavanolo. Da precedere (già in stato avanzato di progettazione) una modalità di lavaggio degli effetti personali degli ospiti, ad esempio con ritiro giornaliero di sacchetti numerati, uno per ospite, quando necessario, sempre in capo alla lavanolo.

Pulizie: la struttura è suddivisa tra aree contaminate e “safe”. Le aree rosse, “unsafe” dovrebbero essere trattate come i consueti reparti COVID+, le aree “safe” come aree non COVID. In queste aree, ci sono le stanze infermieri e spogliatoi.

Prelievi: i tamponi sono a carico delle squadre DIP/distretti; eventuali prelievi ematochimici saranno eseguiti dal personale operante in struttura e recuperate dall'appalto logistico

Comfort e Sicurezza: è indispensabile un sistema di chiamata a parete o wireless, che l'ospite può tenere in tasca o sul comodino; eventualmente possiamo acquistare delle bustine porta cellulare per tenerli a tracolla

Ogni stanza deve avere una doccia e, possibilmente, una vasca da bagno per il bagno assistito

Area Rossa: comprende le stanze di degenza, le aree comuni di svago e ristoro, i servizi igienici con gli stoccaggi sporco-pulito; le aree organizzative e le aree tecniche operative sono zone “safe”

Stanza di degenza con unità letto composta da:

- letto di tipo sanitario, a movimento meccanico suddivisi in un alcuni con movimento pediera e spalliera, due terzi a movimento unico alzata spalliera)
- comodino con ammesso carrellino servitore per i pasti
- sedia poltroncina comoda, con braccioli
- luce testa letto
- campanello chiamata operatore (tipo a muro o wireless, fornito da GNV)

Le carrozzine sono fornite da ASUGI con la procedura ausili, così come i sovrामaterassi e i cuscini antidecubito

Area organizzativa

Ogni area gestionale è composta da 1 stanze infermieri ogni 24 posti ed è posizionata il più centralmente possibile all'interno del modulo. Il fabbisogno per ogni singola stanza gestionale è:

- 1 scrivania
- 1 sedia girevole con rotelle
- 3 sedie
- 1 armadio
- 1 Lavagna magnetica e/o scrivibile per comunicazioni

Verso l'uscita della struttura/modulo deve trovare posto la zona svestizione, i bagni per il personale, la zona ristoro per il personale. Tutti i percorsi vanno autorizzati da SPPA

Area tecnica operativa; si compone di stanza farmacia, magazzino e zona sporco

Sono necessari, per ogni modulo da 24:

- 1 armadio farmaci o scaffalature
- 1 frigorifero domestico piccolo
- 1 armadio per materiali o scaffalature
- 1 sollevatore
- telini di scivolamento
- 2 carrelli a ripiani in acciaio per biancheria
- 1 carrello a ripiani in acciaio per medicazioni
- 2 carrelli per terapia
- 2 cesti per la biancheria sporca
- 1 zaino o carrello per rianimazione
- 1 defibrillatore
- 1 aspiratore
- 1 lavapadelle
- Contenitori per rifiuti speciali, taglienti/pungenti

Percorso pulito/sporco: verrà predisposta una procedura dettagliata, in accordo con SPPA Biancheria e lavanderia/smaltimento rifiuti: già in essere gli appalti, da ampliare

AREA SAFE

Ogni modulo ha anche una zona pulita (*safe*), composta da:

- locali infermieri
- aree spogliatoio personale
- locale vestizione (è il luogo dove a inizio turno si indossano i DPI e a fine turno ci si toglie la divisa giornaliera, si fa la doccia e si indossa la divisa pulita, che verrà subito tolta nello spogliatoio e conservata per il turno successivo. Questo è il sistema attualmente usato in RSA San Giusto COVID+ e validato da SPPA

Allestimento per ogni modulo da 30 (da definire se in entrambe le aree o solo in area "safe")

- 1 PC
- 1 telefono
- 1 stampante/fotocopiatrice (a metà con altro modulo da 24, se presente)

Necessità complessive, anche in condivisione con altre residenze/moduli

- 1 elettrocardiografo (in fase di acquisizione)

Menu ospiti

Deve seguire le indicazioni della dietista aziendale, che ha già fornito il menù tipo. Se necessari integratori e addensanti, ci si rivolge alla farmacia aziendale.

Approvvigionamenti

I PC dovranno essere collegati al sistema MagRep. Faremo la formazione al coordinatore della struttura, se non già formato, con nostra supervisione su ordini e consumi. Da attivare un centro di costo dedicato, che verrà configurato come una struttura protetta tipo (es. ITIS) ed ampliabile con singoli voci eventualmente necessarie

Supporto logistico

Il ritiro dei campioni biologici e/o della corrispondenza potrebbe essere tri settimanale. Da verificare come gestire le eventuali necessità estemporanee non programmabili

DPI-rifiuti

Sia per la fornitura che per il percorso rifiuti, è necessario definire rapidamente dopo sopralluogo in struttura. Gli spazi di raccolta dello sporco potrebbero essere minimi. Pertanto, il ritiro di questi materiali (rifiuti, ma anche lenzuola, materassi, guanciali) dal deposito temporaneo verso l'area stoccaggio individuata potrebbe essere effettuato più volte al giorno. Da verificare a chi va l'onere della registrazione carico-scarico.

Magazzino scorte varie

All'interno delle strutture/ moduli lo spazio potrebbe essere ridotto; gli ordini e le consegne MagRep dovrebbero essere quindi bi o tri settimanali.

Documentazione

Tutte le procedure e i documenti da utilizzare in queste strutture sono quelli in uso ad ASUGI, modificati ad hoc se necessario. Per la cartella, è auspicabile l'utilizzo della attuale cartella residenziale, con FUT, PAI e scale di valutazione correlate, senza però il guscio cartonato; ogni cartella, che data la tipologia di assistiti immaginiamo non particolarmente corposa, sarà conservata in semplici buste con perforo dentro un raccoglitore ad anelli.

PERSONALE: gli standard regionali per l'accreditamento delle strutture per anziani prevedono:

100' di assistenza per ogni posto letto a carico di un Operatore addetto all'assistenza, ovvero 1 ogni 2.5 posti letto. Data la tipologia di ospiti, è sufficiente la presenza di personale OTA/ADEST
17' di assistenza infermieristica per ogni posto letto, ovvero 1 infermiere ogni 15 posti letto

Quindi, per moduli da 30 posti livello 3, sono necessari:

- 15 OSS/OTA/ADEST (12 presenti nelle 24h)
- 6 infermieri (2 presenti nelle 24h)

Tenuto conto che è necessaria la presenza infermieristica h24, l'esigenza è pari a 3 infermieri a copertura delle 24 ore, con turno in quinta (fabbisogno di 5 infermieri, salvo sostituzioni)

Tenuto conto della garanzia dei percorsi sporco/pulito e della necessità di pause per gli operatori con uso continuativo di DPI impegnativi (tuta tyvek, maschera FFP2), la dotazione dovrà necessariamente essere incrementata. Il calcolo corretto avviene solo dopo aver individuato la struttura e la composizione dei percorsi in argomento (molto diversa se strutturata su più piani o piano unico).

Formazione: per l'utilizzo corretto dei DPI, la SPPA ritiene più opportuna una formazione sul campo, in accordo e a supporto del responsabile formazione sicurezza dell'eventuale ditta appaltante del personale.

COMUNICAZIONE: è necessario strutturare la Carta dei Servizi (già in parte definita, solo da aggiornare coi nuovi standard)

INGRESSO FAMILIARI: saranno possibili e organizzate visite a distanza (dalle finestre/poggioli) da parte dei parenti, colloqui con tablet e consegne di piccoli doni o materiali (es. vestiti) da parte dei familiari. Per questa parte ci si avvale della collaborazione dei volontari del servizio civile.

TABLET per VIDEOCHIAMATE: almeno 2 per ogni modulo da 30.

GEOLOCALIZZAZIONE: definire modalità di identificazione per interventi NUE (indirizzo esatto, modalità di identificazione della struttura)

DECESSI: identificare l'area *morgue* e definire la procedura prelievo salme con il nostro appalto.

TRASPORTI: per eventuali trasporti secondari, si utilizza la procedura ASUGI; per trasporti di provette e farmaci urgenti, ci si avvale dell'appalto logistico. Da definire in base alla localizzazione della/delle struttura/e.

INDICAZIONI PER LE RESIDENZE PER ANZIANI E DISABILI NELLA FASE DI STABILITA' E RIPRESA CONTAGI DELL'EPIDEMIA DA COVID-19

Introduzione

L'emergenza sanitaria da infezione da COVID-19 è entrata nella Fase di stabilità, che sancisce il passaggio dalla fase epidemica in cui tutte le risorse sono state dirottate alla gestione clinica della malattia, alla riorganizzazione dei servizi ospedalieri, al contenimento del contagio con misure di isolamento e distanziamento sociale alla fase post-epidemica, in cui le risorse vengono redistribuite tra ospedale e territorio per continuare a controllare l'infezione nella coda epidemica, affrontando la convivenza con il virus, l'eventuale ripresa dei contagi ma anche la ripresa e la garanzia di continuità delle attività sociali, educative e produttive.

È necessario leggere e utilizzare i dati della Fase epidemica/pandemica per trarne orientamento e per dare indicazioni operative mirate a capitalizzare sull'esperienza osservata nelle residenze per anziani e per disabili dell'area giuliano-isontina, sia in quelle dove si sono o non si sono registrati contagi. Le strutture che non hanno registrato contagi, sono rimaste COVID free solo al prezzo di una assoluta blindatura ad ingressi o reingressi dall'esterno, che sono stati ripresi solo in presenza di adeguate aree filtro e di personale dedicato esclusivamente alla quarantena/isolamento di nuovi ospiti.

Per questo importante motivo è necessario procedere ad una riprogrammazione di tutte le attività che nella Fase pandemica erano state identificate come prioritarie, soggette a monitoraggio ed eventuale rimodulazione alla luce di alcuni principi guida che si possono così riassumere:

Principi guida

1. Il sistema di monitoraggio dei dati dovrà comprendere la sorveglianza non solo dei soggetti ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili, ma anche dei soggetti candidati all'ingresso in struttura, siano essi provenienti da casa o dall'ospedale o da strutture intermedie cosiddette filtro (RSA). Appositi registri nominativi, nel rispetto della normativa per la privacy verranno predisposti ed aggiornati dai distretti, dalle RSA e dalla direzione medica ospedaliera.
2. L'esperienza dei medici USCA si è rivelata fondamentale e sinergica a quella dei distretti e dei MMG, soprattutto per la diagnosi precoce e la gestione dei soggetti positivi. Il loro ruolo è quindi irrinunciabile in questa fase e lo sarà, rimodulato in sinergia con il team interdistrettuale di intervento, anche nelle fasi successive (es epidemia autunnale e invernale di influenza) in cui la gestione tempestiva di ospiti sintomatici o che richiedono intervento sanitario indifferibile è di sicuro effetto contenitivo del contagio.
3. Tutte le residenze per anziani e disabili sono state ri-valutate dal Dipartimento di Prevenzione, per la presenza di percorsi sporco pulito ben definiti e di nuovi requisiti strutturali ed

organizzativi di sicurezza per consentire nuovi ingressi e reingressi di ospiti cui sono garantiti, spazi e risorse dedicate in caso sia necessario il loro isolamento o quarantena.

4. Al momento della diagnosi incidente di positività di un soggetto asintomatico o sintomatico o sospetto Covid positivo già isolato, dovrà essere disposto tempestivamente, da parte del COVID team distrettuale, il trasferimento dell'ospite in reparto COVID dell'ospedale o presso una struttura intermedia (RSA San Giusto) dedicata ai soggetti COVID positivi, sulla base delle condizioni cliniche.
5. In caso di ripresa dei contagi e di incremento di numerosità di questi ospiti positivi non autosufficienti sarà attivata una nuova unità di offerta descritta nel Piano Pandemico come struttura per la quarantena destinata ad ospitare persone non-autosufficienti.
6. L'attività diagnostica e di screening con i tamponi NF dovrà essere indirizzata sistematicamente e periodicamente agli operatori ed agli ospiti, non limitandosi ai soggetti sintomatici, ma ricercando attivamente (ogni 4 settimane) anche i soggetti asintomatici, rivelatisi veicolo di infezione per i soggetti negativi perché contagiosi come i soggetti sintomatici.
7. L'attività di prevenzione con i DPI dovrà prevedere una formazione continua, una loro disponibilità sicura e garantita da scorte adeguate e programmate dal datore di lavoro e dovrà essere affiancata ad una co-progettazione e validazione in loco di spazi di isolamento e percorsi unidirezionali di pulito-sporco da parte del DIP.

È quindi necessario aggiornare le strategie e le azioni per raggiungere questi obiettivi per evitare l'insorgenza di nuovi casi all'interno delle residenze per anziani e disabili e per contenere il contagio nelle strutture a tutela della salute degli ospiti, dei lavoratori e dei loro familiari ed allineare queste strategie aziendali con le indicazioni regionali, nazionali ed internazionali.

Obiettivi:

1. Monitorare lo stato della diffusione della malattia, registrarne regolarmente l'andamento e le criticità, comunicare aggiornamenti e disposizioni alle strutture, manutentare un registro unico di ospiti o di soggetti anziani in transizione/in lista di attesa da un setting di cura all'altro.
2. Implementare misure tempestive di identificazione ed isolamento dei casi confermati/probabili/sospetti con sorveglianza clinica, esecuzione di tamponi e definizione del setting di cura adeguato, se COVID positivo.
3. Identificare strutture intermedie con diverse funzioni RSA per COVID positivi e RSA filtro per COVID guariti, incerti o negativi:
4. Normare l'ingresso di ospiti dimessi dall'ospedale, di nuovi ospiti provenienti da domicilio o da RSA, e l'accesso ai familiari.
5. Garantire la funzione di verifica e controllo del personale dei distretti nelle strutture residenziali per la prevenzione dei contagi e rimodulare il ruolo dell'USCA all'interno delle residenze durante la Fase di stabilità e in caso di ripresa dei contagi.

6. Verificare e migliorare la sicurezza occupazionale degli operatori valutandone regolarmente lo stato di salute, lo stato di portatori o di contatti con l'esecuzione periodica di tamponi e la quarantena.
7. Promuovere la protezione degli ospiti e degli operatori assicurando un'adeguata fornitura di DPI da parte del datore di lavoro, la formazione e gli interventi relativi alla prevenzione del contagio in struttura con particolare riferimento alla definizione di corretti percorsi pulito-sporco.

1. Monitorare lo stato della diffusione della malattia, registrarne regolarmente l'andamento e le criticità, comunicare aggiornamenti e disposizioni alle strutture, manutentare un registro unico di ospiti o di soggetti in transizione/in lista di attesa da un setting di cura all'altro.

Si provvede ad eseguire una ricognizione ed un regolare aggiornamento della situazione di ogni singola struttura attraverso un elenco delle strutture residenziali, semiresidenziali per anziani, disabili e minori con una lista delle criticità da registrare e monitorare regolarmente in tutti e 6 i distretti.

Si programma di costruire un registro unico di soggetti in transizione da un setting di cura all'altro (ospedale, RSA, domicilio, casa di riposo) alimentato dai punti di accesso alla rete (ospedale, case di riposo) e gestito dai distretti attraverso una centrale operativa sovra-distrettuale.

Il referente Covid di ogni struttura è responsabile di comunicare ai distretti i nominativi degli anziani che hanno richiesto un nuovo ingresso in struttura per screening ed esecuzione di UVD.

Al punto 4 di questo documento si richiama anche la necessità di creare un'anagrafica aggiornata di tutte le strutture residenziali delle strutture COVID free idonee o non idonee a poter accogliere ospiti che il DIP ha valutato per presenza di requisiti strutturali, di personale ed organizzativi.

L'andamento dell'epidemia con i relativi indicatori identificati dal Ministero, sarà l'elemento decisivo per proseguire nella Fase di stabilità come descritto in questo Piano o re-instaurare misure di contenimento più severe a fronte di una ripresa dei contagi.

2. Implementare misure tempestive di identificazione ed isolamento dei casi confermati/probabili/sospetti con sorveglianza clinica, esecuzione di tamponi e definizione del setting di cura adeguato, se COVID positivo o contatto.

In caso di insorgenza di febbre e/o sintomi respiratori è necessario isolare immediatamente l'ospite, dedicandogli una stanza singola con bagno interno personale. La porta della stanza deve essere tenuta chiusa e il personale prima di entrare deve indossare i DPI come da indicazione aziendale. Viene avvertito il MMG o il medico della USCA che valutano le condizioni cliniche, stabiliscono se è necessaria la visita in sede ed eventualmente il tampone, e segnalano il caso al Dipartimento di Prevenzione per l'avvio della sorveglianza e dell'indagine epidemiologica. Deve essere contestualmente avvertito il team interdistrettuale che monitora l'attivazione del percorso assistenziale e lo stato della struttura.

Un set minimo di tamponi viene garantito ai medici dell'USCA in modo che possano eseguirli direttamente in struttura durante i loro accessi e possano accedere alla refertazione in tempi molto brevi per ridurre l'incertezza sullo stato del paziente in struttura.

Nell'eventualità di più casi in diverse fasi: confermato/probabile/sospetto, è necessario procedere alla separazione degli ospiti in coorti:

- i casi sintomatici ma non ancora confermati vanno isolati in camere singole con bagno interno dedicato
- gli ospiti asintomatici contatti stretti di caso confermato vanno isolati se possibile in camere singole con bagno dedicato; in alternativa in camere multiple con bagno dedicato ma rispettando una distanza minima tra i letti pari ad almeno 2 metri. Vanno sottoposti a sorveglianza sanitaria ed isolamento per 14 giorni oltre all'esecuzione di tampone nasofaringeo.
- Il caso COVID positivo appena confermato va isolato in stanza singola con bagno interno dedicato in attesa di trasferimento verso l'ospedale o verso la RSA dedicata ai Covid positivi (RSA San Giusto)
- Se refertati più casi COVID positivi simultaneamente, questi vanno isolati assieme in camere comuni con bagno interno dedicato in attesa di trasferimento verso struttura dedicata ai COVID positivi.
- Nel caso in cui gli spazi e gli ambienti non siano adeguati a garantire l'isolamento dei casi probabili/sospetti risultati negativi al tampone è necessario trasferire l'ospite presso le RSA cosiddette filtro (IGEA e Mademar) dedicate a soggetti COVID incerti per la durata della quarantena e della potenziale contagiosità.

3. Identificare strutture intermedie con diverse funzioni come RSA per COVID positivi e RSA filtro per COVID guariti o incerti e per COVID negativi:

Per la descrizione dei percorsi assistenziali dei pazienti si propongono le seguenti definizioni che non hanno funzione di classificazione clinico-epidemiologica ma funzione operativa:

- Si definisce COVID guarito il soggetto che ha superato i sintomi da Covid-19 e che risulta negativo ad almeno due test consecutivi effettuati a distanza di 24 ore uno dall'altro per la ricerca di Sars-CoV-2 e ad almeno 14 giorni dal test positivo.
- Si definisce COVID negativo il paziente che non ha sviluppato sintomi da Covid-19 e che è risultato negativo ad almeno un test per la ricerca di Sars-CoV-2.
- Si definisce COVID incerto il paziente che pur non avendo sintomi da COVID-19 ed un test recente per la ricerca di Sars-CoV-2 negativo ha soggiornato in ambienti di cura non sicuramente COVID free e per questo motivo deve trascorrere un periodo di osservazione e quarantena in ambiente adeguatamente isolato.

Queste definizioni potranno essere riviste anche alla luce dei nuovi test sierologici di dosaggio delle Immunoglobuline specifiche che ad oggi però non possono essere utilizzati per descrivere i percorsi assistenziali dei pazienti.

Vengono identificate diverse *mission* per le RSA aziendali a gestione diretta o convenzionate dell'area giuliano-isontina:

- a) La RSA San Giusto (gestita dal Distretto 2) funziona da struttura di ricovero per pazienti acuti COVID positivi a struttura intermedia dedicata ad accogliere esclusivamente anziani non autosufficienti o ospiti di strutture residenziali, presenti in tutto il territorio dell'Azienda ASUGI COVID positivi asintomatici o paucisintomatici per favorirne l'isolamento dagli altri ospiti, l'assistenza clinica adeguata, la convalescenza e la documentazione della guarigione.

Per accedere dopo riscontro di positività in struttura, non è necessaria l'UVD ma solo il consenso dell'ospite e/o l'informativa ai familiari sulla necessità di trasferimento per permettere l'isolamento, la quarantena e la gestione clinico-assistenziale dell'ospite per la prevenzione delle complicanze. La UVD può essere fatta durante la degenza in RSA non appena la prognosi si consolida ed è possibile pianificare la transizione fuori dalla RSA.

- b) La RSA Igea continua nella sua funzione prevalente di RSA filtro accogliendo fino a 80 soggetti provenienti dall'ospedale, da case di cura convenzionate o dal domicilio, gestendo pazienti COVID guariti o COVID incerti, ma anche COVID negativi favorendone la quarantena, il recupero funzionale, la riabilitazione e il reingresso in sicurezza o al domicilio, ove possibile, o nella casa di riposo di destinazione.
- c) La RSA Mademar acquisisce anch'essa una funzione prevalente di RSA filtro che gestirà fino a 75 pazienti COVID guariti o COVID incerti ma anche COVID negativi provenienti dall'ospedale, da case di cura convenzionate o dal domicilio favorendone la quarantena, il recupero funzionale, la riabilitazione e il reingresso in sicurezza o al domicilio, ove possibile, o nella casa di riposo di destinazione.
- d) La RSA Sanatorio Triestino continua a svolgere, con i suoi 38 posti letto, la sua funzione prevalente di garantire per i pazienti COVID negativi il recupero funzionale, la riabilitazione e il reingresso in sicurezza o al domicilio o alla casa di riposo di destinazione o provenienza ma ricava al proprio interno un'area dedicata alla funzione di filtro ed isolamento per poter accogliere pazienti/ospiti sospetti Covid incerti o Covid guariti che necessitino di un periodo di isolamento o quarantena.
- e) Le RSA dell'Area Isontina continuano a svolgere la loro funzione prevalente di garantire per i pazienti COVID negativi il recupero funzionale, la riabilitazione e il reingresso in sicurezza o al domicilio o alla casa di riposo di destinazione o provenienza ma ricavano al proprio interno un'area dedicata alla funzione di filtro ed isolamento per poter accogliere pazienti/ospiti sospetti Covid incerti o Covid guariti che necessitino di un periodo di isolamento o quarantena.

Ne consegue che la disponibilità dei p.l. delle singole RSA aziendali e convenzionate sarà ridotto proporzionalmente al numero di posti che ogni RSA dovrà dedicare alle stanze di isolamento che devono essere tenute sempre disponibili.

4. Normare l'ingresso di ospiti dimessi dall'ospedale, di nuovi ospiti provenienti da domicilio o da RSA, e l'accesso ai familiari identificando strutture idonee a riaccogliere ospiti e ad accogliere nuovi ospiti.

L'ospite che rientra in casa di riposo da un ricovero in ospedale, anche se ricoverato per altre patologie e/o con tampone negativo, deve essere reinserito solo tramite percorso di dimissione protetta e di filtro curata dal distretto. L'ospite può essere riaccolto solo se è possibile mantenerlo in isolamento e quarantena per almeno 14 gg in una stanza singola con bagno interno in un'area dedicata e separata a questa attività di filtro. Nel caso in cui gli spazi e gli ambienti non siano adeguati a garantire l'isolamento dei dimessi, è possibile trasferire l'ospite dall'ospedale verso una RSA dedicata (filtro) per i 14 gg della quarantena.

Anche l'ingresso di un nuovo ospite può avvenire solo se è possibile mantenerlo in una stanza singola con bagno in un'area dedicata e separata senza convivenza in spazi comuni per un periodo di quarantena di almeno 14 giorni, atto a verificare l'eventuale evoluzione di sintomi clinici e lo stato di portatore della persona.

Il reingresso di un paziente e il nuovo ingresso in struttura possono avvenire solo se la struttura è Covid-free, ovvero Covid negativizzata (documentata con adeguate serie di tamponi eseguiti ogni 4 settimane).

Il DIP valuta e certifica la presenza di requisiti strutturali, di personale ed organizzativi di tutte le strutture residenziali e ne dà comunicazione formale alle strutture e ai distretti che contribuiscono a mantenere un elenco unico aggiornato delle strutture COVID free idonee a poter accogliere ospiti.

L'accesso alle residenze per anziani e disabili da parte di personale non addetto all'assistenza va limitato ai casi di assoluta necessità e, se non necessario, i lavoratori di ditte esterne o comunque non adibiti all'assistenza alla persona devono evitare il contatto diretto con gli ospiti.

Le visite dei familiari verranno rese possibili utilizzando i protocolli regionali per la fase di stabilità comunicati con nota d.d. 29/05/2020 n° prot. 12255/P avente per oggetto "Indicazioni per l'accesso in residenze per anziani di familiari e parenti. Le visite saranno solo su appuntamento, scaglionate in giorni e orari differenziati e, per evitare assembramenti, si utilizzeranno anche gli spazi all'aperto. I familiari non potranno entrare nelle aree di degenza degli ospiti, ma resteranno in un locale/area separata dedicata solo alle visite, possibilmente con schermi di protezione che garantiscono la visibilità ma non il contatto fisico. Ad ogni visitatore dovrà essere fatto uno screening sulle condizioni di salute riferite, dovrà essere fornito il materiale di protezione e disinfezione e dovrà essere garantito il distanziamento sociale dall'ospite. Quindi ogni residenza dovrà dotarsi di dispositivi anche per i familiari.

La Direzione della Residenza deve adottare specifici protocolli predisposti alla luce delle raccomandazioni regionali che definiscono le modalità di accesso dei familiari e tutte le misure di sicurezza impiegate per garantire la tutela della salute di operatori, utenti e visitatori. Tali protocolli devono essere trasmessi all' Azienda che ne valuterà l'adeguatezza.

5. Verificare e migliorare la sicurezza occupazionale degli operatori valutandone regolarmente lo stato di salute, lo stato di portatori o di contatti con l'esecuzione di tamponi e la quarantena

In caso di insorgenza di febbre e/o sintomi respiratori a carico degli operatori: non devono presentarsi in servizio o se presenti in servizio devono immediatamente allontanarsi dall'ambiente di cura degli ospiti informando il coordinatore.

Esecuzione di tampone naso-faringeo:

Gli operatori saranno sottoposti a periodici tamponi secondo calendari indicati dalla regione ed in linea con le indicazioni più aggiornate.

Gli operatori che devono eseguire il tampone riceveranno indicazioni su come eseguire in autonomia il tampone presso le sedi del DIP o in struttura, durante l'esecuzione dei tamponi NF sugli ospiti da parte del personale interno alla struttura.

Agli operatori verranno date dal DIP indicazioni relative al referto, ed in caso di positività anche indicazioni relative alla quarantena, alla malattia, alla ripetizione del tampone e alla ripresa dell'attività lavorativa.

6. Rimodulare il ruolo dell'USCA all'interno delle residenze

Insieme al personale medico e infermieristico dei distretti, le Unità Speciali di Continuità Assistenziale per la gestione dei pazienti affetti da COVID-19 hanno svolto un lavoro fondamentale nella gestione clinica dei pazienti e nel contenimento dell'infezione.

Le USCA vengono rimodulate nella loro turnistica e la loro *mission* viene orientata anche al monitoraggio di ospiti sintomatici, alla tempestiva diagnosi, trattamento e quarantena di eventuali ospiti positivi ed alla prevenzione di accessi inappropriati in Pronto Soccorso e quindi in ospedale. È cruciale mantenere queste figure in servizio che possano rispondere, in sinergia con il MMG ed il team inter-distrettuale di intervento ad eventuali richieste indifferibili di valutazione ed intervento su ospiti sintomatici o febbrili. Le USCA sono già in grado di eseguire in loco i tamponi NF con accesso alla refertazione per una tempestiva integrazione con il DIP. I medici USCA potranno attivare l'erogazione di alcune prestazioni di radiologia di base in struttura e si raccorderanno, per eventuali decisioni cliniche su pazienti complessi, con il team di intervento inter-distrettuale.

7. Promuovere la protezione degli ospiti e degli operatori assicurando un'adeguata fornitura di DPI da parte del datore di lavoro, la formazione e gli interventi relativi alla prevenzione del contagio in struttura con particolare riferimento alla definizione di corretti percorsi pulito-sporco.

Utilizzo corretto e adeguata fornitura di DPI, controllo dei percorsi pulito-sporco nelle strutture

Dopo la fase emergenziale, in cui l'azienda ha contribuito alla fornitura di DPI alle strutture che non riuscivano ad acquisirlo, ora il mercato offre un'ampia gamma di dispositivi che le strutture possono ordinare e mettere a scorta per alcuni mesi. Da parte dell'azienda sarà garantita la distribuzione e fornitura di DPI alle residenze per anziani e disabili solo in caso di irreperibilità dei dispositivi sul mercato, per necessità emergenti e in caso di situazione pandemica. Il personale del DIP e i medici USCA

dell'azienda collaboreranno con l'RSSP delle strutture sostenendo iniziative di formazione continua sul corretto utilizzo dei DPI e sulla esecuzione dei tamponi NF in struttura.

Il personale aziendale eserciterà la propria funzione di vigilanza (DIP) e di verifica e controllo (distretti) delle attività sanitarie delle strutture in particolare nella verifica di standard adeguati di personale e nella gestione di percorsi sicuri dei pazienti e degli operatori (*safe* e *unsafe*) all'interno della struttura, nel rispetto delle indicazioni aziendali e regionali.

Interventi di sanificazione a favore del personale, delle persone ospiti e sull' ambiente

A fronte della segnalazione che l'infezione da Covid può dare sintomi gastrointestinali (es. diarrea e vomito) e che può essere trasmessa anche per via oro-fecale, vanno rinforzate le raccomandazioni perché la struttura abbia sempre a disposizione e si rifornisca tempestivamente di materiale per l'igiene dell'ospite (materiale cartaceo monouso), per l'igiene delle mani (sapone, gel igienizzanti, guanti, altro materiale monouso), per l'igiene e la disinfezione con disinfettanti con certificata attività antivirale dei dispositivi (termometri, saturimetri, altri *devices*) degli ambienti (bagni) e degli oggetti toccati frequentemente come maniglie, interruttori di luce, superfici in spazi comuni, oltre ai bagni.

Importante garantire infine l'educazione continua degli ospiti relativamente alle norme e comportamenti igienico-sanitari da mantenere.

Prima del trasferimento dell'ospite COVID positivo, che si è negativizzato, in un'altra struttura, deve essere assicurata una accurata igiene della persona e l'igienizzazione di tutti i suoi indumenti e accessori.

In caso di rilevazione di persone ospiti o personale COVID positivi, la residenza dovrà attivarsi per mettere in atto il piano di utilizzo e le misure di sanificazione degli spazi comuni/promiscui (ascensori, vani scale, atri e portoni di ingresso) e dovrà darne comunicazione al DIP e al Distretto di riferimento.

In caso di trasferimento di un ospite da una struttura ad un'altra dovrà essere informato il Distretto per la valutazione della coerenza tra il profilo dell'ospite e il livello assistenziale della struttura di destinazione e dovrà essere eseguito un tampone con esito negativo nei giorni precedenti.

Riferimenti:

Prevenzione e gestione delle infezioni da Covid-19. Indicazioni operative per le residenze socio-sanitarie per anziani. Divisione Centrale salute, politiche sociali e disabilità. Regione Friuli Venezia Giulia. Versione del 06_04_2020.

Rapporto Istituto Superiore di Sanità COVID -19. Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali socio-sanitarie. Versione del 17 aprile 2020"
<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-ipc-rapporti-tecnici-iss>
<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-ipc-strutture-socio-assistenziali-sanitarie>

Coronavirus Disease 2019(COVID-19) Strategies to prevent the spread of COVID 19 in long term Care facilities. Center for Disease Control. USA. Aggiornate al 19 maggio.
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/healthcare-facilities/prevent-spread-in-long-term-care-facilities.html>

Indicazioni per la riapertura di alcune attività nelle strutture residenziali (nursing homes).
[HTTPS://WWW.CMS.GOV/FILES/DOCUMENT/NURSING-HOME-REOPENING-RECOMMENDATIONS-STATE-AND-LOCAL-OFFICIALS.PDF](https://www.cms.gov/files/document/nursing-home-reopening-recommendations-state-and-local-officials.pdf)

Nota "Indicazioni per l'accesso in Residenze per anziani di familiari e parenti" Direzione Centrale Salute, politiche sociali e disabilità. Prot. N. 0012255 di data 29.05.2020

DGR n. 774/2020 LR 9/2020, art 17 - Linee guida per l'adozione di piani territoriali per la riorganizzazione e la gestione in sicurezza dei servizi e degli interventi per la disabilità dal rischio di contagio da covid-19.
http://www.regione.fvg.it/asp/delibere/layout2008_2.asp?pag=1&cerca=true&anno=2020&num=774&tx_dataDel=&key=&uf=

PIANO FLUSSI DEGLI OSPITI DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI

FASE STABILITÀ:

1. Considerando che attualmente i reparti degli Ospedali di Cattinara, di Gorizia e di Monfalcone possono essere considerati Covid free e assumendo che operano con criteri sovrapponibili alle zone filtro, le giornate di degenza concorrono al totale dei 14 gg da effettuare prima dell'ingresso in una Residenza per Anziani.
2. Dovranno essere effettuati almeno 2 tamponi dei quali uno al sesto giorno e il secondo tra il dodicesimo e quattordicesimo giorno di degenza
3. uscita da PS: rientro in struttura senza necessità di passaggio in zona filtro (fatto salvo la verifica di casi incidenti in PS) e tampone
4. visita ambulatoriale: rientro in struttura senza passaggio per zona filtro
5. ingresso in struttura da domicilio:
 - a) non presenza di fattori di rischio per possibile contagio (contatti a rischio): doppio tampone o sierologico + tampone senza necessità di zona filtro.
 - b) presenza di fattori di rischio per possibile contagio: passaggio per zona filtro con tampone prima dell'ingresso e doppio tampone al sesto giorno e tra il dodicesimo e quattordicesimo giorno
6. RSA (no filtro) 1 tampone in ingresso e un tampone in uscita

FASE DI RIPRESA DEI CONTAGI:

uscita da ospedale (reparti e PS) verso residenze per anziani: ripristino della zona filtro in dimissione come da punto 3.5.2 documento regionale del 6 aprile, non consideriamo, come nella fase di stabilità, il numero di giorni di ospedalizzazione (vedi punto 1 della fase di stabilità)

- Visite specialistiche ambulatoriali ed esecuzione di esami strumentali in ospedale:
 - a) limitare e differire le visite e le prestazioni non urgenti e necessarie nel breve periodo
 - b) persona collaborante (utilizzo di DPI e applicazione di norme igienico sanitarie): possibilità di effettuare la visita ambulatoriale e la prestazione strumentale in ospedale con rientro in struttura senza necessità di passare per la zona filtro con relativa sanificazione della persona e oggettistica all'ingresso
 - c) persona non collaborante:

- programmare possibilmente prestazione specialistica in struttura
- se necessaria la valutazione in ASUGI e/o strutture convenzionate al rientro passaggio per zona filtro con relativa sanificazione della persona e oggettistica all'ingresso

FASE PANDEMICA:

mantenere le attività svolte da personale che opera a tempo parziale presso la struttura e che può essere impiegato in più strutture (infermieri nelle strutture dedicate a persone con minore complessità; fisioterapisti; animatori); ASUGI /DIP definiscono una modalità di registrazione di dette posizioni lavorative al fine di garantire una adeguata attività di sorveglianza e in modo da non ridurre le risposte assistenziali ai cittadini accolti in residenza;

intensificare la cadenza dei tamponi di sorveglianza/monitoraggio alle persone accolte e al personale (ogni 15 giorni)

stop nuovi ingressi in residenze per anziani (e stop visite dei familiari fatto salvo le situazioni di gravità/terminalità per le quali vengono definiti percorsi dedicati definiti dalla residenza in collaborazione con il Distretto e valutati dal DIP)

organizzare possibilità di programmazione delle visite specialistiche in residenze

organizzare valutazioni strumentali (radiologia domiciliare) per ridurre gli accessi in ospedale

- da ospedale verso residenze per anziani

reparti covid: uscita verso la zona filtro con tre tamponi negativi dopo degenza di almeno 20 giorni

reparti covid free: uscita verso zona filtro (con 2 tamponi negativi)

PS: uscita verso la zona filtro ed effettuazione del tampone

zona filtro: 14 giorni con due tamponi negativi (sesto e dodicesimo/quattordicesimo giorno)

Istituzione di task force in fase pandemica

Individuazione di una task force aziendale (ospedale e territorio) di infermieri e OSS (individuazione in fase attuale), di almeno 10 infermieri e 15 OSS da dedicare nell'area della residenzialità per garantire l'assistenza e/o per l'effettuazione dei tamponi qualora si presentino criticità dimostrabili che non consentano alle strutture il reclutamento di dette figure sul mercato. Questo personale rimane disponibile solo per forti criticità e urgenze nell'area della residenzialità. ASUGI altresì individua aree da rimodulare/contrarre per consentire l'impiego del personale in aree non previste.

5.7 DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA: NUOVI PERCORSI INTRAOSPEDALIERI

La risposta degli ospedali per acuti, nel corso della pandemia da SARS-CoV-2, è stata caratterizzata dalla flessibilità, che ha garantito, a seconda del dato epidemiologico e della conseguente necessità di posti letto, l'apertura e/o la riconversione di reparti COVID di area intensiva, semi-intensiva, medica e chirurgica.

In base alle disposizioni nazionali e regionali l'attività di ricovero, nel corso della cosiddetta fase 1, si è vista una complessiva riduzione dei ricoveri rispetto al precedente periodo non pandemico, con una maggior prevalenza dei ricoveri urgenti (a scapito dei programmati).

ASUGI è tuttavia riuscita a garantire i necessari ricoveri ed interventi chirurgici per patologie oncologiche o non differibili, riuscendo a contenere (marzo-maggio 2020) la riduzione dell'attività (- 37% rispetto allo stesso periodo del 2019)

Al fine di ridurre il rischio di contagio nei reparti non COVID, inoltre, tenuto conto che (in pazienti con sintomi respiratori e/o febbre) la negatività del tampone al ricovero non rappresentava una misura di sicurezza sufficiente (potendo trattarsi di un falso negativo o di un paziente in fase di incubazione) sono stati creati dei reparti di degenza ad hoc (es. Clinica Medica a Cattinara) o delle aree di degenza specifiche all'interno dei reparti internistici al fine di garantire:

- distanziamento adeguato tra i pazienti e separazione da pazienti non sospetti
- ripetizione seriata del tampone
- elevate misure di protezione individuale per gli operatori (come per pazienti COVID-19)

I percorsi intra-ospedalieri possono essere macroscopicamente suddivisi in 3 diverse aree:

- Area COVID (di tipo intensivo, semi-intensivo, medico, chirurgico)
- Area NON COVID CHIRURGICA (che include le chirurgie generali e specialistiche)
- Area NON COVID MEDICA (che include reparti internistici generali e specialistici)

L'organizzazione delle 3 aree, nelle diverse fasi della pandemia, è descritta dettagliatamente nei paragrafi che seguono.

INDICAZIONI GENERALI PER I RICOVERI

Si forniscono alcune indicazioni generali per tutti i ricoveri.

Le indicazioni fornite di seguito per i reparti di degenza dovranno essere contestualizzate in modo da creare un piano pandemico specifico per ogni Struttura di degenza.

Misure a garanzia del distanziamento sociale

Filtro in ingresso

In tutte le fasi dell'epidemia è prevista la riduzione del numero dei varchi che consentono l'accesso delle persone in ospedale.

Agli ingressi dell'ospedale, per ogni utente che accede, il personale preposto effettua un filtro in ingresso al fine di:

- valutare il motivo dell'accesso
- valutare la necessità della presenza di eventuali accompagnatori
- misurare la temperatura corporea
- far igienizzare le mani con gel disinfettante, fornire la mascherina chirurgica

In fase di stabilità in alcuni degli ospedali - per esigenze organizzative - questa attività viene svolta all'ingresso dei reparti e/o ambulatori e non all'ingresso del nosocomio.

Visite ai degenti

Nei reparti COVID non sono ammesse le visite.

Nei reparti non-COVID, in tutte le fasi epidemiche l'ingresso ai visitatori è consentito solo in casi particolari, che devono essere autorizzati dai sanitari del reparto. Le visite vanno comunque limitate ad un visitatore per paziente, che effettuerà un pre-triage all'ingresso del reparto. Ricorrere per quanto possibile alla videochiamata / telefonata per consentire ai degenti un contatto costante con i propri familiari / caregivers.

Colloqui dei familiari con i medici

Ricorrere per quanto possibile alla videochiamata / telefonata al fine di ridurre la presenza di persone in ospedale.

Ulteriori limitazioni degli accessi

In fase pandemica è vietato l'accesso agli informatori scientifici / specialist / volontari ed altre categorie che verranno identificate.

Tampone pre-ricovero

Prima dell'accesso al reparto di degenza i pazienti devono aver effettuato il tampone per Coronavirus.

Nei ricoveri in urgenza il tampone viene effettuato in Pronto Soccorso.

Nei ricoveri programmati il paziente esegue il tampone 48 ore prima del ricovero (per esigenze organizzative saranno accettati anche tamponi effettuati fino a 96 ore prima).

Stanze di degenza di "Area Grigia"

In ogni reparto / Dipartimento non COVID dovranno essere identificate delle stanze di degenza, da utilizzare al bisogno, per pazienti a rischio "COVID", ovvero pazienti per i quali non sia del tutto esclusa l'eziologia COVID pur presentando almeno un tampone nasofaringeo negativo.

Si tratta, a titolo esemplificativo, di pazienti con polmonite o sepsi, con febbre/diarrea non ascrivibili ad altre cause.

Si tratta preferibilmente di stanze singole o, se non possibile, di stanze che garantiscano un adeguato distanziamento tra i pazienti (es: se stanza da 4 può essere utilizzata solo da 2 pazienti).

Il personale di assistenza quando entra nella stanza "grigia" di degenza indossa i DPI previsti per COVID. La terapia e l'assistenza vengono organizzate cercando di ridurre il numero di ingressi del personale nelle stanze.

Percorsi interni e consulenze

All'interno dei presidi ospedalieri sono stati identificati dei percorsi dedicati ai pazienti COVID (ad esempio ascensori, sezioni della radiologia, ecc.).

In caso di accertamenti (consulenze / accertamenti strumentali) da effettuare fuori reparto avvisare la struttura di destinazione in presenza di pazienti COVID o sospetti per concordare modi e tempi per l'esecuzione della prestazione.

Riscontro di positività di un paziente

In caso di riscontro di positività al Coronavirus di un paziente è necessario:

- inviare immediatamente la notifica al Dipartimento di Prevenzione ed alla Direzione Medica di Presidio
- se il paziente è degente presso un reparto no-COVID isolarlo immediatamente e organizzare il trasferimento presso un reparto COVID
- sanificare immediatamente la stanza / bagno / corridoi e spazi comuni (se deambulante)
- identificare i contatti (degenti e personale) per l'indagine epidemiologica e la successiva sorveglianza sanitaria

Dimissione dei pazienti

Si ricorda l'importanza di attivare tempestivamente la continuità assistenziale, ove necessaria.

Per tutti i pazienti che alla dimissione, verranno trasferiti presso case di riposo / altre strutture di ricovero / domicilio (se necessità di continuità assistenziale) vi è la necessità di eseguire almeno un tampone (il numero dei tamponi dipende dalla struttura di destinazione, si rimanda alle procedure specifiche) prima della dimissione.

In caso di trasferimento / dimissione di paziente COVID è necessario informare anche il Dipartimento di Prevenzione.

5.8 CURE OSPEDALIERE - AREA COVID

Il piano pandemico prevede, in caso di ripresa della pandemia, la concentrazione delle degenze Intensive e semi-intensive COVID presso l'ospedale di Cattinara, utilizzando i due reparti allestiti al 12° e 13° piano della Torre Medica.

Le degenze COVID verranno inizialmente concentrate al 12° piano, in seguito, se sarà necessario, anche al 13°, per complessivi 67 posti letto.

L'organizzazione dovrà necessariamente garantire un alto grado di flessibilità, non essendo possibile, a priori, prevedere né il numero totale di pazienti COVID, né la gravità della loro sintomatologia (e la conseguente stratificazione in intensivi / semi-intensivi / infettivologico -internistici / chirurgici).

La fase di stabilità, dovrà essere dedicata a mappare le competenze dell'intera Azienda e reclutare risorse per poter formare il massimo personale possibile sulla specifica patologia da impiegare quando necessario in terapia intensiva e/o semintensiva.

La mappatura dovrà produrre un elenco con:

- infermieri che hanno lavorato in terapie intensive ed il loro attuale posto di lavoro (competenze dormienti).
- Infermieri e loro posto di lavoro che durante la prima fase hanno già collaborato ed acquisito competenze minime in area intensiva COVID (sale operatorie, medicina iperbarica).
- Infermieri e loro posto di lavoro, che hanno fatto il corso di formazione specifico per acquisire le competenze minime in area intensiva o semintensiva COVID (infermieri riservisti),

La Direzione Sanitaria e Infermieristica, provvederà a stendere un piano dove indicheranno:

- L'elenco dei nomi degli infermieri con "competenze dormienti" di tutta l'ASUGI da spostare immediatamente, dalle strutture ove operano, alle Terapie intensive, se necessario già nella fase 2.
- L'elenco degli infermieri formati di TUTTA l'ASUGI, con lo specifico corso, da destinare in area intensiva nella fase di Ripresa dei contagi.
- L'elenco delle attività da contrarre per il recupero delle risorse necessarie, ovvero percentuale di attività chirurgica e/o loro eventuale redistribuzione in tutta la ASUGI.
- La sequenza delle misure e delle eventuali chiusure e/o spostamenti dovranno essere in ragione:
 1. numero di risorse necessarie fra quelle rese disponibili, ovvero dei colleghi "dormienti", dei colleghi "riservisti" e dei colleghi delle sale operatorie necessari.
 2. Contrazione/sospensione di attività in percentuale alla necessità di operatori da reperire.
 3. Rimodulazione dell'attività chirurgica stessa fra i Nosocomi di Trieste, Gorizia e Monfalcone.
 4. Necessità di trasferire ove necessario risorse formate

5.8.1 AREA INTENSIVA COVID

FASE DI STABILITA'

(1-4 PAZIENTI COVID INTENSIVI)

La fase di stabilità prevede la presenza di **1-4 pazienti COVID intensivi**.

In presenza di un singolo paziente COVID, il ricovero avverrà in Terapia Intensiva 2, nel box di isolamento.

Se sono presenti da 2 a 4 pazienti COVID, gli stessi verranno ricoverati al **12° piano** Torre medica.

Per i pazienti non COVID, a Cattinara, rimangono disponibili i consueti 15 posti letto di T.I. (T1 e T2).

AZIONI ORGANIZZATIVE:

- Due infermieri si distaccano dalla T2 e attivano la degenza del 12° piano accogliendo fino ad **un massimo di 4 pazienti COVID** (degenza rossa). Le pause saranno garantite con il supporto dei colleghi rimasti in ARTA.
- La TIPO si sposta con la propria funzione e personale in T2 e passa da 3 a 7 posti letto (6+1BOX), con presa in carico oltre ai post operatori, anche di alcuni pazienti intensivi. Il terzo infermiere rimasto in T2 si integra con i due colleghi della TIPO per mantenere i 7 posti letto.
- La T1 continua con la sua attività;

FASE DI RIPRESA DEI CONTAGI

(5-15 PAZIENTI COVID INTENSIVI)

La fase di ripresa dei contagi prevede la presenza di **5-15 pazienti COVID intensivi**, che verranno ricoverati al **12° piano** Torre Medica.

Questa fase richiede un significativo aumento dell'organico (vedasi capitolo 6.6)

Per i pazienti non COVID, a Cattinara, rimangono disponibili i consueti 15 posti letto di T.I. (T1 e T2).

AZIONI ORGANIZZATIVE:

- La TIPO si sposta con la propria funzione e personale in T2 e passa da 3 a 7 posti letto (6+1BOX), con presa in carico oltre ai pazienti chirurgici anche di alcuni pazienti intensivi; Un terzo infermiere richiamato fra i dormienti e/o i riservisti, si integra con i colleghi della TIPO per mantenere i 7 posti letto.
- Degenza del 12° piano accoglie fino a 15 pazienti con patologia COVID (degenza rossa).
- Recupero di risorse con competenze minime da affiancare alla T1 e T2 e per l'attivazione dei posti letto al 12° piano con un rapporto di 1 infermiere ogni due pazienti (progressivo **incremento fino a 15 pazienti**).

In questa fase (fino al 15° paziente) al 12° piano rimane la degenza integrata COVID con la pneumo-semintensiva e gli acuti Infettivi (18 PL).

FASE PANDEMICA

(16-30 PAZIENTI COVID INTENSIVI)

La fase pandemica prevede la presenza di **16-30 pazienti COVID intensivi**, che verranno ricoverati al **12° piano** Torre Medica.

Anche questa fase richiede un significativo aumento dell'organico (vedasi capitolo 6.6).

Per i pazienti non COVID, a Cattinara, continuano a rimanere disponibili i consueti 15 posti letto di T.I. (T1 e T2).

AZIONI ORGANIZZATIVE:

- La TIPO si sposta con la propria funzione e personale occupando la T2 e passa da 3 a 7 posti letto (6 +1BOX), con presa in carico oltre ai pazienti chirurgici anche di alcuni pazienti intensivi; Un terzo infermiere richiamato fra i dormienti e/o i riservisti, si integra con i colleghi della TIPO per mantenere i 7 posti letto.

La T1 continua con la sua attività;

- Degenza del 12° piano accoglie fino a 30 pazienti con patologia COVID (degenza intensiva rossa).
- Recupero di risorse con competenze minime da affiancare alla T1 e T2 per attivazione posti letto al 12° piano, con un rapporto di 1 infermiere ogni due pazienti e progressivo incremento fino a 30.
- la Medicina d'Urgenza Ritorna in 6° piano e al 13° piano (33 PL) sarà dedicato alla degenza COVID semi-intensiva ed alla degenza infettivologica / internistica COVID.

Per gli aspetti relativi al fabbisogno di personale nelle diverse fasi si rimanda al capitolo **6.6**.

5.8.2 AREA SEMI-INTENSIVA COVID

I pazienti COVID sintomatici che necessitano di ricovero e che presentano una sintomatologia tale da richiedere un supporto semi-intensivo vengono accolti presso la SC Pneumologia.

Il reparto dovrà necessariamente sdoppiarsi, dovendo continuare a garantire dei posti letto anche per pazienti non COVID.

L'organizzazione, nelle diverse fasi, è la seguente:

	FASE DI STABILITA'	FASE DI RIPRESA DEI CONTAGI	FASE PANDEMICA
Pazienti COVID	1 posto letto isolamento in 13° piano Torre Chirurgica	Fino a 10 posti letto 12°o 13° piano Torre Medica*	Fino a 20 posti letto 12°o 13° piano Torre Medica*
Pazienti non COVID	17 posti letto 13° piano Torre Chirurgica	6 posti letto 13° piano Torre Chirurgica	6 posti letto 13° piano Torre Chirurgica

*La sede dipenderà dal numero di pazienti presenti in TI COVID.

La fase di ripresa e la fase pandemica richiedono l'aumento dell'organico (vedasi capitolo 6.6).

5.8.3 AREA INFETTIVOLOGICA / INTERNISTICA COVID

I pazienti COVID sintomatici che necessitano di ricovero, ma presentano una sintomatologia tale da non richiedere un supporto di tipo intensivo né semi-intensivo vengono accolti presso l'area infettivologico-internistica, gestita dalla SC Malattie Infettive.

Il personale verrà integrato da personale dell'area internistica con competenze per la gestione di pazienti COVID proveniente da un pool di medici internisti provenienti da tutta ASUGI costituito per garantire anche l'adeguato turn-over del personale impiegato in area COVID con personale di altri reparti non- COVID.

L'organizzazione, nelle diverse fasi, è la seguente:

	FASE DI STABILITA'	FASE DI RIPRESA DEI CONTAGI	FASE PANDEMICA
Pazienti COVID	17 posti letto presso ospedale Maggiore per pazienti COVID e non COVID	Trasferimento presso 6° o 12° piano Torre Medica* a seconda della fase pandemica	Trasferimento presso 12°e/o 13° piano Torre Medica*.
Pazienti non COVID		In presenza di pazienti non COVID rimangono attivi alcuni posti letto della SC Malattie Infettive presso l'ospedale Maggiore	In presenza di pazienti non COVID rimangono attivi alcuni posti letto della SC Malattie Infettive presso l'ospedale Maggiore

*La sede dipenderà dal numero di pazienti presenti in TI e Pneumologia COVID.

Solo nel caso in cui le degenze COVID del 12° e 13° piano della Torre medica di Cattinara fossero insufficienti ad accogliere tutti i pazienti COVID sintomatici che necessitano di ricovero in ospedale per acuti verranno attivati ulteriori posti letto COVID presso l'ospedale Maggiore o strutture ospedaliere private accreditate:

- SC Malattie Infettive (17 posti letto)
- SC Riabilitazione (riconversione di 24 posti letto)
- SC Geriatria (riconversione di 24 posti letto)
- Reparti internistici di strutture private accreditate (40 posti letto)

che accoglieranno i pazienti che necessitano di una minore intensità di cure.

Nel caso in cui la SC Riabilitazione del Maggiore fosse riconvertita in reparto COVID, la riabilitazione estensiva verrà prevalentemente garantita da strutture private accreditate operanti nel territorio triestino, mentre quella intensiva potrà essere erogata dalla SC Riabilitazione di Gorizia-Monfalcone e da altri Reparti Ospedalieri di Riabilitazione della Regione (ev. Osp. Gervasutta di Udine)

5.8.4 AREA CHIRURGICA MULTIDISCIPLINARE COVID

L'attività chirurgica (generale e specialistica) di pazienti COVID-19 (per tutta l'Azienda) viene centralizzata presso l'ospedale di Cattinara.

Emergenza chirurgica

Quale che sia la situazione polmonare e l'ospedale presso cui il paziente si trova, se il paziente non è trasportabile in altra sede, andrà in sala operatoria, dove verranno sempre adottate le precauzioni per COVID+.

Nel corso dell'intervento viene effettuato un BAL che permetterà di decidere il percorso successivo.

Urgenza chirurgica

In caso di urgenza chirurgica il paziente effettua il tampone (test rapido) per Coronavirus in Pronto Soccorso.

Le urgenze chirurgiche COVID degli ospedali di Gorizia e Monfalcone vengono trasferite all'ospedale di Cattinara.

In base all'esito del tampone i percorsi sono i seguenti:

ESITO TAMPONE	PERCORSO DEL PAZIENTE
TAMPONE NEGATIVO e PAZIENTE ASINTOMATICO	sala operatoria → Recovery Room → TIPO / Terapia Intensiva → reparto
TAMPONE NEGATIVO e PAZIENTE SINTOMATICO (CASO SOSPETTO)	se non rinviabile sala operatoria COVID (effettuare BAL in sala per chiarire il percorso successivo) → Recovery Room in sala → Rianimazione IN BOX ISOLATO → degenza in reparto chirurgico (stanza singola o isolamento di coorte con altro paziente sospetto, ripetizione del tampone dopo 24 ore).
TAMPONE POSITIVO	sala operatoria COVID → Recovery Room in sala (se di breve durata) o in Rianimazione COVID → degenza COVID chirurgica multidisciplinare (12° piano Torre Medica)

Interventi in elezione

I pazienti seguono un percorso di preparazione ambulatoriale.

Negli ambulatori del pre-ricovero chirurgico, tutti i pazienti in elezione devono effettuare:

- a) **un'anamnesi volta ad escludere ogni sintomo correlabile a COVID** (presenza di tosse, febbre, dispnea, diarrea, congiuntivite, rush cutanei, mialgie, faringodinia, astenia, di recente insorgenza non imputabili alla patologia chirurgica e/o alle comorbidità in atto). La modulistica compilata attestante l'assenza di criteri clinici ed epidemiologici suggestivi per rischio COVID-19 deve essere esibita dal paziente per tutto il percorso pre-operatorio (in sede di visita anestesiologicala, esecuzione di accertamenti strumentali pre-operatori ecc.).
- b) un **tampone nasofaringeo 48 ore prima dell'intervento**. In assenza di segni e sintomi di infezione non è necessario ripetere il tampone se il paziente viene operato entro 96 ore dall'esecuzione del tampone.

In caso di tamponi positivi o in presenza di pazienti con tampone negativo ma sintomatici si raccomanda, se possibile, di rinviare l'intervento chirurgico.

Per indicazioni più dettagliate si rimanda alla procedura "PERCORSI CHIRURGICI PRESSO L'OSPEDALE DI CATTINARA IN CORSO DI PANDEMIA DA SARS-CoV-2".

5.9 AREA NON COVID CHIRURGICA E SPECIALISTICA

La precedente fase pandemica ha visto, in ASUGI, una riduzione globale dell'attività chirurgica elettiva. Il personale delle terapie intensive, infatti, sia a Cattinara che a Gorizia, è stato utilizzato per la gestione dei pazienti COVID.

Nell'area Giuliana, inoltre, la necessità di recuperare le risorse ha costretto alla chiusura dell'attività chirurgica elettiva della *day surgery*, clinica oculistica e odontostomatologica, con garanzia di risposta per le sole urgenze/emergenze.

Sono sempre state garantite, in tutte le sedi, gli interventi in urgenza / emergenza, quelli per patologie oncologiche e quelli non procrastinabili in base al giudizio dello specialista.

In caso di recrudescenza della fase pandemica, ASUGI prevede una diversa organizzazione che risulterà meno impattante per l'attività chirurgica elettiva.

In particolare potrà essere mantenuta l'attività chirurgica presso l'ospedale di Gorizia (in quanto non è prevista la riconversione della Terapia intensiva di Gorizia in reparto COVID) e quella presso la *Day Surgery* dell'ospedale Maggiore (che non verrà riconvertito in reparto COVID).

È inevitabile, tuttavia, in caso di nuova fase pandemica, una riduzione dell'attività chirurgica presso l'ospedale di Cattinara (in quanto parte del personale delle terapie intensive e dei reparti chirurgici sarà impegnato nella gestione dei pazienti COVID di tutta ASUGI).

L'ospedale di Cattinara continuerà a svolgere le proprie funzioni di presidio *hub* per le seguenti specialità chirurgiche:

- Cardiochirurgia
- Chirurgia plastica
- Chirurgia toracica
- Chirurgia vascolare
- Neurochirurgia

Per le altre specialità chirurgiche, al fine di garantire equità nell'accesso alle cure a tutta la popolazione di riferimento di ASUGI, gli ospedali dell'area isontina si faranno carico di parte dei pazienti in lista di attesa (per chirurgia elettiva non oncologica) residenti nell'area giuliana.

Sulla base di criteri condivisi (classi di priorità A/B/C/D - tipologia di intervento chirurgico - riduzione percentuale degli interventi in elezione in fase pandemica ecc.) una parte dei pazienti residenti nell'area giuliana andrà inserita nelle liste di attesa dei reparti chirurgici dell'area isontina, e potrà essere sottoposta all'intervento chirurgico presso l'ospedale di Gorizia o Monfalcone.

Andrà pertanto elaborato, per ogni struttura chirurgica non *hub*, un documento condiviso che formalizzi questi criteri e le modalità di riorganizzazione dell'attività.

Nelle diverse fasi, pertanto, la riorganizzazione dell'attività chirurgica verrà effettuata come indicato nella sottostante tabella.

SPECIALITA' CHIRURGICA		FASE DI STABILITA'	FASE DI RIPRESA DEI CONTAGI	FASE PANDEMICA
CHIRURGIA HUB	Cardiochirurgia	Garantire tutte le attività in emergenza-urgenza e in elezione	Garantire tutte le attività in emergenza-urgenza e in elezione	Garantire le attività chirurgiche: <ul style="list-style-type: none"> • emergenza-urgenza • chirurgia oncologica • elezione non differibile • se possibile elezione
	Chirurgia plastica			
	Chirurgia toracica			
	Chirurgia vascolare			
	Neurochirurgia			
CHIRURGIA NON HUB	Chirurgia generale	Garantire tutte le attività in emergenza-urgenza e in elezione	Garantire tutte le attività in emergenza-urgenza e in elezione	Garantire le attività chirurgiche: <ul style="list-style-type: none"> • emergenza-urgenza • chirurgia oncologica • elezione non differibile
	Oculistica			
	Odontostomatologia	Pianificare e riorganizzare attività in elezione (per pazienti dell'area giuliana presso gli ospedali isontini)		Parte dell'attività in elezione per pazienti dell'area giuliana viene garantita dagli ospedali isontini
	ORL			
	Ortopedia			
	Urologia			

5.10 AREA NON COVID MEDICA

L'Area non COVID medica include i reparti di **degenza internistica generale e specialistica**.

Riorganizzazione delle degenze in base al rischio COVID.

Area grigia (alto rischio COVID)

Tipologia di pazienti: pazienti per i quali non sia del tutto esclusa l'eziologia COVID pur presentando almeno un tampone nasofaringeo negativo. Si tratta, a titolo esemplificativo, di pazienti con polmonite o sepsi, con febbre/diarrea non ascrivibili ad altre cause.

Stanze di degenza: stanza singola, oppure stanze doppie / triple / quaduple con un adeguato distanziamento dei pazienti (es: se stanza da 4 può essere utilizzata solo da 2 pazienti). L'attivazione dell'area grigia comporta pertanto una riduzione dei posti letto del reparto.

DPI: Il personale di assistenza quando entra nella stanza di degenza indossa i DPI previsti per COVID. La terapia e l'assistenza vengono organizzate cercando di ridurre il numero di ingressi del personale nelle stanze.

Gestione dei pazienti: Individuare personale dedicato per l'area grigia. È prevista la ripetizione del tampone dopo almeno 48 ore; se anche il secondo tampone è negativo il paziente può essere trasferito in area bianca. Nel caso il tampone fosse negativo ma la clinica non permettesse di escludere una infezione da COVID si valuterà l'eventuale esecuzione di ulteriori approfondimenti laboratoristici e/o strumentali prima del trasferimento.

Visite e colloqui: non sono ammessi visitatori. Ricorrere per quanto possibile alla videochiamata / telefonata sia per le visite al paziente che per i colloqui con i medici.

Area bianca (basso rischio COVID)

Tipologia di pazienti: pazienti con tampone nasofaringeo negativo che non presentino nessuna fattore sospetto per infezione da COVID. Pazienti provenienti da area grigia con 2 tamponi negativi (vedi sopra).

Stanze di degenza: vengono utilizzate le normali stanze di degenza anche se è raccomandabile aumentare il distanziamento tra pazienti

DPI: Il personale di assistenza quando entra nella stanza di degenza indossa solo la mascherina chirurgica (DPI previsti per COVID solo nel caso di manovre in grado di generare aerosol) e i guanti

Visite e colloqui: limitati a casi particolari, che devono essere autorizzati dai sanitari del reparto. Le visite vanno comunque limitate ad un visitatore per paziente, che effettuerà un pre-triage all'ingresso del reparto. Ricorrere per quanto possibile alla videochiamata / telefonata sia per le visite al paziente che per i colloqui con i medici.

Per quanto attiene i **reparti di degenza internistica generale**, la logistica delle strutture mediche dell'area giuliana e di quella isontina appare diversa con divisione verticale od orizzontale tra gruppi di stanze nell'isontino che facilita la delimitazione delle diverse aree previste sopra.

Inoltre a Monfalcone le stanze sono al massimo a due letti mentre a Cattinara ed a Gorizia sono presenti anche stanze a quattro letti. Pertanto nell'isontino sono possibili risposte più articolate all'emergenza COVID pur nel rispetto di una linea di condotta comune.

Nell'area isontina, pertanto, oltre alle 2 aree grigia e bianca, verrà identificata una terza area (AREA DI TRANSIZIONE), deputata ad accogliere per qualche giorno:

- Pazienti in uscita dall'area grigia
- ricoveri provenienti dal PS con tampone negativo con febbre, tosse o diarrea ma rischio basso di infezione da Covid prima di passare all'area bianca.

DPI, visite e colloqui vengono gestiti con le stesse modalità dell'area grigia.

L'organizzazione nelle tre diverse fasi sarà la seguente:

OSPEDALE DI CATTINARA	FASE DI STABILITA'			FASE DI RIPRESA DEI CONTAGI			FASE PANDEMICA		
	Posti letto totali	AREA bianchi	AREA grigia	Posti letto totali	AREA bianchi	AREA grigia	Posti letto totali	AREA bianchi	AREA grigia
Medicina Interna 10°p	41	41	0	41	41	0	41	41	0
Medicina Interna 9° p	41	41	0	41	41	0	41	41	0
Medicina Clinica 7° p	36	36	0	30-36	24-36	0-6	0-24		6-18
Clinica Medica 6° p	19	0	19	19	0	19	19	0	19
Totale	137			131-137			101-125		

OSPEDALE DI MONFALCONE	FASE DI STABILITA'			FASE DI RIPRESA DEI CONTAGI				FASE PANDEMICA			
	Posti letto totali	AREA bianchi	AREA grigia	Posti letto totali	AREA bianchi	AREA Trans.	AREA grigia	Posti letto totali	AREA bianchi	AREA Trans.	AREA grigia
Medicina A Monfalcone	50	50	0	50	50	0	50	50	50	0	0
Medicina B Monfalcone	26	18-26	0-5	13-26	0-16	0-8	0-5	13-26	0	6-16	5-10
Totale	76			63-76				63-76			

OSPEDALE DI GORIZIA	FASE DI STABILITA'			FASE DI RIPRESA DEI CONTAGI				FASE PANDEMICA			
	Posti letto totali	AREA bianchi	AREA grigia	Posti letto totali	AREA bianchi	AREA Trans.	AREA grigia	Posti letto totali	AREA bianchi	AREA Trans.	AREA grigia
Medicina A Gorizia	26	24-26	0-2	26	24-26	/	0-2	14	0	/	14
Medicina B Gorizia	26	24-26	0-2	26	24-26	/	0-2	26	24	2	/
Medicina C Gorizia	6	4-6	0-2	6	4-6	/	0-2	6	4	2	/
Totale	58			58				46			

Considerato che in fase pandemica ci sarà una riduzione dei posti letto internistici, le diverse strutture potranno mettere a disposizione parte del personale per fornire supporto alle strutture territoriali, al fine di evitare, per quanto possibile, l'accesso degli assistiti negli ospedali per acuti. Le degenze internistiche specialistiche declineranno la propria organizzazione nel piano pandemico della propria Struttura, tenendo conto dei principi sopra enunciati (identificazione di area grigia e bianca, riduzione dei posti letto, messa a disposizione del personale ad altre Strutture).

5.11 AREA AMBULATORIALE

Nella prima fase pandemica, in seguito a quanto disposto a livello nazionale e regionale, c'è stata una significativa contrazione delle attività ambulatoriali, potendo essere erogate esclusivamente prestazioni con priorità U e B e quelle individuate come indispensabili dallo specialista di riferimento. Al fine di evitare assembramenti e per garantire un adeguato distanziamento sociale, inoltre, c'è stata una importante riduzione di altre tipologie di attività in ambito ospedaliero e territoriale, quali ad esempio vaccinazioni, patenti, commissioni invalidi, attività amministrative.

Premettendo che, in caso di ripresa dei contagi e di ulteriore pandemia ASUGI potrà erogare solo le prestazioni consentite dalle norme che si susseguiranno nelle diverse fasi, si forniscono di seguito le indicazioni da seguire per la corretta gestione delle attività ambulatoriali:

	FASE DI STABILITA'	FASE DI RIPRESA DEI CONTAGI	FASE PANDEMICA
INDICAZIONI DI CARATTERE GENERALE			
Codice di priorità	U, B, D, P	U, B, D	U, B, D (?)
Pre-triage telefonico	no	no	si
Triage al momento dell'accettazione	si	si	si
Igienizzazione ambulatorio tra un paziente e l'altro	si	si	si

Le indicazioni per le singole Strutture sono riportate nei rispettivi DVR.

Nella declinazione di questo piano pandemico che ogni U.O.C. dovrà operare entro un mese dall'approvazione, ogni U.O. esplicherà quali prestazioni ambulatoriali ritiene siano da garantire in qualsiasi fase utilizzando lo schema sottoriporato.

Ogni Struttura dovrà inoltre redigere, per le prestazioni erogate, un documento che indichi:

	FASE DI STABILITA'	FASE DI RIPRESA DEI CONTAGI	FASE PANDEMICA
Prestazioni da garantire	<i>(Es. tutte le prestazioni)</i>		<i>Es: Vaccinazione anti-influenzale in categorie a rischio</i>
Prestazioni erogabili mediante telemedicina	<i>(Es. controllo diabetologico in paziente noto)</i>	<i>(Es. controllo diabetologico in paziente noto)</i>	<i>(Es. controllo diabetologico in paziente noto) (Es: logopedia)</i>
Prestazioni da garantire anche mediante attivazione accesso a domicilio			<i>(Es: terapie abilitative in minori con disturbi del neurosviluppo non gestibili mediante telemedicina)</i>
Prestazioni da garantire per particolare tipologie di pazienti / patologie			<i>(Es. accertamento invalidità civile / L. 104/92 per pazienti oncologici mediante valutazione sugli atti)</i>

5.12 AREA PEDIATRICA – ETA' SCOLARE

In previsione della riapertura delle scuole a settembre 2020 l'ISS ha emanato il 21 agosto 2020 le "Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV 2 nelle scuole e nei servizi educativi nell'infanzia".

Il Documento fornisce un supporto operativo ai decisori e agli operatori nel settore scolastico, nei Dipartimenti di Prevenzione e nella Medicina di famiglia (PLS/MMG) che sono a pieno titolo coinvolte nel monitoraggio e nella risposta a casi sospetti/probabili e confermati di COVID-19 nonché nell'attuare strategie di prevenzione a livello comunitario. Al suo interno si forniscono indicazioni pratiche per la gestione di eventuali casi e focolai di SARS -CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi per l'infanzia tramite l'utilizzo di scenari ipotetici, in assenza, di modelli previsionali solidi.

Per consultare il documento collegarsi al link qui di seguito:

https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID+58_Scuole_21_8_2020.pdf/6db897ef-5453-b47b-77c2-2427bf554754?t=1598016565834

TEST ANTIGENICI RAPIDI

Con circolare del 29 settembre 2020 (Pr. N. 0031400) Il Ministero della Salute ha comunicato la possibilità di introdurre il test antigenico*, oltre al test molecolare, per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 con particolare riguardo al contesto scolastico.

Al momento della chiusura del presente piano, sono in corso valutazioni di fattibilità dell'utilizzo di questi test rapidi, già in uso presso aeroporti e luoghi ad elevata frequentazione anche in Italia, presso i plessi scolastici o presso gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale o Pediatri di libera scelta (Comunicazione Prot. MinSalute del 28.9.2020 N. 14028).

*Antigen detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays. Interim guidance. 11 settembre 2020 /Covid 19 . WHO/2019-nCoV/Antigen_Detection/2020.

Protocollo di gestione dei minori (<14 anni) con infezione sospetta e/o accertata da SARS-CoV-2 –

Indicazioni operative

INTRODUZIONE

La riapertura della scuola porta ad un possibile rischio di aumento della circolazione del virus SARS-CoV-2 nella comunità. Infatti, sebbene meno del 5% dei casi COVID-19 riportati nei paesi dell'Unione Europea e nel Regno Unito siano avvenuti in persone con meno di 18 anni di età, il ruolo dei bambini nella trasmissione del virus SARS.CoV-2 non è ancora completamente chiarito.

Le evidenze disponibili ad oggi in letteratura evidenziano che molto probabilmente i bambini contraggono il COVID-19 al di fuori del setting scolastico, principalmente nelle loro famiglie, attraverso il contatto con i membri della famiglia infetti.

Il Dipartimento di Prevenzione ha messo a disposizione l'indirizzo email scuole.dip@asugi.sanita.fvg.it per informazioni relative alla ripresa della frequenza scolastica.

FINALITA'

La finalità di questo protocollo è quella di definire i percorsi per la gestione territoriale ed ospedaliera dei minori di 14 anni (in caso di bambini con patologia cronica l'età di riferimento può essere estesa a 16 anni se iscritti con il Pediatra di Libera Scelta - PLS), con infezione sospetta e/o accertata da SARS-CoV-2.

Il protocollo si rivolge ai PLS e MMG operanti sul territorio giuliano isontino e si declina in modo diverso per le 2 aree territoriali per quanto riguarda le procedure diagnostiche.

Questo documento ha visto la sua prima stesura prima della diffusione del documento Istituto Superiore di Sanità "Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS COV 2 nelle scuole e nei servizi educativi" versione 28/8/2020.

La stesura iniziale della tabella con indicazioni all'esecuzione del tampone più conservative, attualmente superate dal documento citato, restano in allegato e valide per la gestione dei neonati di età inferiore a 30 giorni.

GRUPPO TECNICO INTERISTITUZIONALE

Il Gruppo di Lavoro è sostenuto dalle Direzioni sanitarie di ASUGI e IRCCS Burlo Garofolo e definisce eventuali correttivi al presente protocollo sulla base dell'evoluzione delle condizioni epidemiologiche e dal monitoraggio delle richieste di tamponi da parte dei PLS/MMG.

CONTATTABILITÀ PLS/MMG (DL 8/4/2020 n. 23)

Dall'inizio dell'emergenza COVID, i PLS/MMG sono contattabili telefonicamente dal paziente/assistito da lunedì a venerdì dalle ore 8 alle ore 20 ed il sabato dalle ore 8 alle ore 10, ai recapiti da loro forniti alle famiglie, con disponibilità a richiamare, nelle situazioni di seguito descritte (DL 8/4/2020 n. 23).

AREA GIULIANA

Viste le peculiarità della popolazione pediatrica e del ruolo di **IRCCS Burlo Garofolo** come ospedale Materno Infantile di riferimento per l'area giuliana si è scelto, in accordo tra gli attori coinvolti, di collocare i percorsi diagnostici (esecuzione dei Tamponi nasofaringei) presso l'Istituto.

I percorsi per la sorveglianza di casi positivi, sospetti o contatti sono mantenuti all'interno del Dipartimento di Prevenzione.

1- Bambino con sintomatologia sospetta per infezione da SARS-CoV-2:

Il PLS/MMG valuta l'assistito e, in base alla clinica, alla storia del bambino/adolescente, al contesto familiare ed epidemiologico e a quanto indicato nel documento dell'ISS del 28/8/20 al paragrafo 2.1.1, valuta l'opportunità di richiedere il tampone per SARS-CoV-2 all' IRCCS Burlo Garofolo secondo la procedura in **Allegato 1**.

Qualora i genitori si rifiutassero di sottoporre il bambino/adolescente all'indagine diagnostica per Covid, il PLS/MMG invierà al DIP i dati relativi al minore al fine di avviare le procedure del caso.

2- Neonato con sintomatologia sospetta per infezione da SARS-CoV-2

In caso di neonato (<30 giorni) che presenti sintomi suggestivi per infezione delle vie respiratorie si possono presentare due scenari:

- il neonato è già iscritto al SSN ed ha già il PLS: in tal caso il genitore si rivolge al PLS il quale valuta il paziente e definisce il percorso diagnostico-assistenziale (v. tabella 1).
- il neonato non è ancora iscritto al SSN e non ha ancora un PLS: il riferimento per il percorso diagnostico terapeutico assistenziale è il Pronto Soccorso pediatrico dell'IRCCS Burlo Garofolo.

3- Bambino in regime di quarantena/isolamento domiciliare fiduciario che manifesta segni e/o sintomi suggestivi di COVID19

Qualora un bambino sia in regime di quarantena perché contatto stretto di caso accertato o sia in isolamento domiciliare fiduciario perché rientrato da Paese a rischio, sviluppi, durante il periodo di sorveglianza, una sintomatologia suggestiva per Covid19 (febbre >37,5°, tosse, dispnea, ageusia, anosmia, vomito, diarrea, mal di gola, cefalea, congiuntivite, mialgie/artralgie, ecc.) l'esecuzione del tampone naso-faringeo è a carico del Dipartimento di Prevenzione, mentre la gestione clinica viene svolta dal PLS/MMG.

In tal caso il bambino (e il genitore accompagnatore) per uscire dal domicilio per l'esecuzione del tampone deve attendere la ricezione del QR code richiesto e fornito dal Dipartimento di Prevenzione stesso.

In caso di bambino molto piccolo o di altre sopraggiunte criticità il Dipartimento di Prevenzione può rivolgersi per l'esecuzione del tampone all'IRCCS Burlo Garofolo.

4- Bambino in regime di quarantena/isolamento domiciliare fiduciario, con sintomatologia che richiede invio urgente all'IRCCS Burlo Garofolo

Qualora il PLS/MMG dopo aver visitato il paziente, ritenga siano necessari approfondimenti diagnostici, o in caso di situazione clinica urgente, invia il bambino al PS pediatrico dell'IRCCS Burlo Garofolo, accompagnato da un solo genitore, con mezzi propri o con il 112 a seconda della gravità e dell'urgenza clinica.

Il PLS/MMG provvederà, inoltre:

- ad avvertire telefonicamente il PS pediatrico dell'IRCCS Burlo Garofolo del caso in arrivo spiegando in maniera chiara, esaustiva ed essenziale le ragioni dell'invio;

- ad avvertire il 112 della situazione di quarantena/isolamento domiciliare fiduciario per l'adozione delle necessarie ed adeguate precauzioni;
- ad informare il Dipartimento di Prevenzione per telefono al numero 040 399 7490/7492 (orario: 8.30 - 15.00 dal lunedì al venerdì; al di fuori dell'orario è possibile lasciare un messaggio in segreteria telefonica) o via mail all'indirizzo profilassi.dip@asugi.sanita.fvg.it per giustificare l'interruzione dell'isolamento domiciliare fiduciario/quarantena. In urgenza non essendo possibile fornire il QR code, nel caso in cui venga fermato dalle forze dell'ordine dovrà autocertificare l'interruzione dell'isolamento domiciliare fiduciario/quarantena.

5- Bambino in regime di quarantena/isolamento domiciliare fiduciario che necessita di prestazioni sanitarie non differibili non erogabili a domicilio:

In caso di bambino COVID19 positivo o in regime di quarantena/isolamento domiciliare fiduciario, tutte le prestazioni sanitarie differibili da erogare al di fuori del proprio domicilio e presso l'IRCCS Burlo Garofolo devono essere rinviate a guarigione definitiva e chiusura dei relativi provvedimenti di quarantena/isolamento.

In caso di prestazioni sanitarie **assolutamente non differibili** da erogare presso l'IRCCS Burlo, il PLS/MMG contatta il reparto dell'IRCCS Burlo Garofolo che deve erogare le prestazioni, per definire e organizzare l'accesso.

Il bambino può essere accompagnato da un solo genitore. La famiglia deve richiedere al Dipartimento di Prevenzione il QR code che autorizza l'interruzione della quarantena/isolamento.

Il QR code va richiesto al seguente indirizzo di posta elettronica profilassi.dip@asugi.sanita.fvg.it oppure telefonando allo 040 3997490/7492 (orario: 8.30 - 15.00 dal lunedì al venerdì; al di fuori dell'orario è possibile lasciare un messaggio in segreteria telefonica). L'erogazione e la trasmissione del QR code è garantita entro 2 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta.

6- Bambino SARS-CoV-2 positivo in OBI o ricoverato:

Il pediatra ospedaliero che accoglie e/o segue il bambino SARS COV 2 positivo all'IRCCS Burlo Garofolo, al momento della dimissione deve informare tempestivamente il Dipartimento di prevenzione relativamente all'esito di eventuali ulteriori successivi tamponi eseguiti durante il periodo di osservazione/ricovero per gli adempimenti del caso: qualora il bambino fosse clinicamente dimissibile, a prescindere dalla negativizzazione del tampone, previa valutazione delle condizioni socio-familiari, verrà rinvio al suo domicilio dopo attivazione della continuità assistenziale (referenza: Protocollo di continuità bambini adolescenti 0- 18 anni) ed entra nel percorso di sorveglianza che fa capo al Dipartimento di Prevenzione.

Per eventuali dubbi o necessità relative alla gestione di pazienti con infezione sospetta o accertata da SARS-CoV-2 i PLS/MMG possono contattare il Dipartimento di Prevenzione al seguente indirizzo di posta elettronica profilassi.dip@asugi.sanita.fvg.it oppure telefonando allo 040 399 7490/7492 (orario: 8.30 - 15.00 dal lunedì al venerdì; al di fuori dell'orario è possibile lasciare un messaggio in segreteria telefonica).

AREA ISONTINA

1- Bambino con sintomatologia sospetta per infezione da SARS-CoV-2:

Il PLS/MMG valuta l'assistito e, in base alla clinica, alla storia del bambino/adolescente, al contesto familiare ed epidemiologico e a quanto indicato nel documento dell'ISS del 28/8/20 al paragrafo 2.1.1, valuta l'opportunità di richiedere il tampone per SARS-CoV-2 all' IRCCS Burlo Garofolo secondo la procedura in **Allegato 1**.

Qualora i genitori si rifiutassero di sottoporre il bambino/adolescente all'indagine diagnostica per Covid, il PLS/MMG invierà al DIP i dati relativi al minore al fine di avviare le procedure del caso.

2- Neonato con sintomatologia sospetta per infezione da SARS-CoV-2

In caso di neonato (<30 giorni) sintomatico che presenti sintomi suggestivi per infezione delle vie respiratorie si possono presentare due scenari:

-il neonato è già iscritto al SSN ed ha già il PLS: in tal caso il genitore si rivolge al PLS il quale valuta il paziente e definisce il percorso diagnostico-assistenziale (vedi tabella 1);

-il neonato non è ancora iscritto al SSN e non ha ancora un PLS: il riferimento per il percorso diagnostico terapeutico assistenziale è il Pronto Soccorso pediatrico di ASUGI presso la SC Pediatria di S. Polo.

3- Bambino in regime di quarantena/isolamento domiciliare fiduciario che manifesta segni e/o sintomi suggestivi di COVID19

Qualora un bambino sia in regime di quarantena perché contatto stretto di caso accertato o sia in isolamento domiciliare fiduciario perché rientrato da Paese a rischio, sviluppi, durante il periodo di sorveglianza, una sintomatologia suggestiva per Covid19 (febbre >37,5°, tosse, dispnea, ageusia, anosmia, vomito, diarrea, mal di gola, cefalea, congiuntivite, mialgie/artralgie, ecc.) l'esecuzione del tampone naso-faringeo è a carico del Dipartimento di Prevenzione, mentre la gestione clinica viene svolta dal PLS/MMG.

In tal caso il bambino (e il genitore accompagnatore) per uscire dal domicilio per l'esecuzione del tampone deve attendere l'autorizzazione all'interruzione della quarantena/isolamento fiduciario domiciliare richiesto e fornito dal Dipartimento di Prevenzione stesso - sede di Gorizia.

In caso di bambino molto piccolo o di altre sopraggiunte criticità il Dipartimento di Prevenzione può rivolgersi per l'esecuzione del tampone alla SC di Pediatria di S. Polo.

4- Bambino in regime di quarantena/isolamento domiciliare fiduciario, con sintomatologia che richiede invio urgente presso la SC Pediatria l'Ospedale di San Polo/San Giovanni di Dio

Qualora il PLS/MMG dopo aver visitato il paziente, ritenga che siano necessari approfondimenti diagnostici, o in caso di situazione clinica urgente, invia il bambino alla SC di Pediatria di San Polo/San Giovanni di Dio, accompagnato da un solo genitore, con mezzi propri o con il 118 a seconda della gravità e dell'urgenza clinica.

Il PLS/MMG provvederà, inoltre:

- ad avvertire telefonicamente la SC di pediatria del caso in arrivo spiegando in maniera chiara, esaustiva ed essenziale le ragioni dell'invio;
- ad avvertire il 112 della situazione di quarantena/isolamento domiciliare fiduciario per l'adozione delle necessarie ed adeguate precauzioni;
- ad informare il Dipartimento di Prevenzione per giustificare l'interruzione dell'isolamento domiciliare fiduciario/quarantena. In urgenza non essendo possibile autorizzazione scritta, nel caso in cui venga fermato dalle forze dell'ordine dovrà autocertificare l'interruzione dell'isolamento domiciliare fiduciario/quarantena.

5- Bambino in regime di quarantena/isolamento domiciliare fiduciario che necessita di prestazioni sanitarie non differibili non erogabili a domicilio:

In caso di bambino COVID19 positivo o in regime di quarantena/isolamento domiciliare fiduciario tutte le prestazioni sanitarie differibili da erogare al di fuori del proprio domicilio e presso la SC di pediatria di S Polo devono essere rinviate a guarigione definitiva e chiusura dei relativi provvedimenti di quarantena/isolamento.

In caso di prestazioni sanitarie assolutamente non differibili, essendo l'ospedale di San Polo COVID - free, il PLS/MMG o il pediatra ospedaliero di ASUGI contatta l'IRCCS Burlo Garofolo per programmare la prestazione presso l'IRCCS Burlo Garofolo, definendo le modalità di accesso ed erogazione.

Il bambino può essere accompagnato da un solo genitore. La famiglia deve richiedere al Dipartimento di Prevenzione - sede di Gorizia) per uscire dal domicilio l'autorizzazione all'interruzione della quarantena/isolamento fiduciario domiciliare. Questa va richiesta al seguente indirizzo di posta elettronica infettive.profilassi@asugi.sanita.fvg.it.

6- Bambino SARS-CoV-2 che necessita di OBI o ricovero:

Il bambino con tampone positivo che necessita di ricovero verrà trasferito all'IRCCS Burlo Garofolo. Il trasferimento verrà concordato e organizzato dal direttore della SC di Pediatria di S. Polo e dal direttore del Dipartimento di Pediatria o il direttore della SC anestesia e rianimazione dell'IRCCS Burlo Garofolo.

Il pediatra ospedaliero che accoglie e segue il bambino Covid19 positivo all'IRCCS Burlo Garofolo, al momento della dimissione deve informare tempestivamente il Dipartimento di Prevenzione - sede di Gorizia infettive.profilassi@asugi.sanita.fvg.it relativamente all'esito di eventuali ulteriori successivi tamponi eseguiti durante il periodo di osservazione/ricovero per gli adempimenti del caso: qualora il bambino fosse clinicamente dimissibile, a prescindere dalla negativizzazione del tampone, e qualora le condizioni socio-familiari lo permettano, il bambino verrà rinvio al suo domicilio e preso in carico dal DIP per ulteriori tamponi di controllo fino a guarigione e chiusura del provvedimento di isolamento.

Allegato 1

INDICAZIONI OPERATIVE PER LA RICHIESTA DI TAMPONE PER SARS-COV-2 NELL'AREA GIULIANA (presso IRCCS Burlo Garofolo)

Bambino 0-14 (fino a 16 se ancora iscritto con il PLS) con sintomatologia sospetta per infezione da SARS-CoV-2

Il PLS/MMG, valutato l'assistito, può richiedere l'esecuzione del tampone nasofaringeo ("Test di ricerca genomica virale SARS-CoV-2 [COVID-19] tampone naso faringeo") all'IRCCS Burlo Garofolo.

La richiesta deve pervenire al Burlo alla mail covidcup@burlo.trieste.it. La richiesta dovrà riportare nome e cognome e data di nascita del bambino e numero telefonico al quale contattare la famiglia per l'appuntamento (vedi modulo prodotto da PLS in allegato).

Dalle ore 7.45 alle 19.15 dal lunedì al venerdì, le richieste saranno prese in carico dal servizio CUP del Burlo, che provvederà a contattare il genitore fornendo l'appuntamento per il tampone.

I tamponi saranno eseguiti presso l'istituto dal lunedì al venerdì.

Indicazioni per accedere al servizio di diagnosi di SARS-CoV-2 e altri virus respiratori

Il/la bambino/a potrà essere accompagnato presso l'ambulatorio dove verranno eseguiti i tamponi da un solo genitore/caregiver. Dovrà arrivare massimo 15 minuti prima dell'appuntamento per evitare sovraffollamento.

Comunicazione dei risultati e ritiro referti

Il referto sarà disponibile entro 24 ore dal momento dell'esecuzione.

In caso di referto positivo l'IRCCS Burlo Garofolo (Laboratorio) comunica l'esito tempestivamente alla famiglia e al PLS/MMG richiedente, e contestualmente informa il Dipartimento di Prevenzione telefonando allo 040 399 7490/7492 (orario: 8.30 - 15.00 dal lunedì al venerdì; al di fuori dell'orario è possibile lasciare un messaggio in segreteria telefonica).

L'esito negativo non sarà comunicato.

Il referto sarà disponibile in forma cartacea presso il CUP del Burlo o visionabile in forma elettronica dal sistema online o dal Fascicolo Sanitario Elettronico. Il PLS potrà visionarlo attraverso il portale, previo consenso da parte del genitore.

Allegato 2

SCHEDA PER LA RICHIESTA DI TAMPONE NASO FARINGEO PER SARS- COV 2

(presso IRCCS Burlo Garofolo)

covidcup@burlo.trieste.it

Data di segnalazione:

Cognome:

Nome:

Nato a:

In data:

Residente a:

Via/Piazza:

Telefono:

Vaccinato per l'influenza nella corrente stagione si no

In data:

Informazioni cliniche del paziente:

Risultato del tampone

Dott. _____

Via _____

Tel. _____

Email _____

Allegato 3

INDICAZIONI OPERATIVE PER LA RICHIESTA DI TAMPONE PER SARS-COV-2 NELL'AREA ISONTINA

Bambino 0-14 (fino a 16 se ancora iscritto con il PLS) con sintomatologia sospetta per infezione da SARS-CoV-2

Il PLS/MMG, valutato l'assistito, può richiedere l'esecuzione del tampone nasofaringeo ("Test di ricerca genomica virale SARS-CoV-2 [COVID-19] tampone naso faringeo"):

PER I RESIDENTI DEL DISTRETTO BASSO ISONTINO:

Il PLS/ MMG invia una mail a infettive.profilassi@asugi.sanita.fvg.it entro le ore 16.00 dal lunedì al venerdì sulla mail il PLS/MMG dovrà riportare la seguente dicitura:

- test di ricerca genomica virale SARS-COV-2 (COVID 19) tampone naso-faringeo
- specificare sulla richiesta sospetto caso COVID, contatto caso COVID, Altro (sorveglianza/screening).

Il tampone verrà eseguito il gg successivo (se prenotato il venerdì verrà eseguito il lunedì)

dalle ore 11.30 alle ore 12.30 presso il retro dell'Ospedale di S. Polo di Monfalcone (accesso dalla rotonda prospiciente il centro commerciale) con sistema "Drive-in "

Il risultato verrà comunicato tempestivamente soltanto in caso di **referto positivo** da parte del Dipartimento di Prevenzione alla famiglia e al PLS/MMG per le relative procedure di sorveglianza.

Il referto sarà visibile per PLS/MMG sul Portale continuità della Cura, previo consenso.

PER I RESIDENTI DEL DISTRETTO ALTO ISONTINO:

Il PLS/ MMG invia una mail a infettive.profilassi@asugi.sanita.fvg.it entro le ore 16.00 dal lunedì al venerdì sulla mail il PLS/MMG dovrà riportare la seguente dicitura:

- test di ricerca genomica virale SARS-COV-2 (COVID 19) tampone naso-faringeo
- specificare sulla richiesta sospetto caso COVID, contatto caso COVID, Altro (sorveglianza/screening).

Il tampone verrà eseguito il gg successivo (se prenotato il venerdì verrà eseguito il lunedì)

dalle ore 11.30 alle ore 12.30 presso il container in v. Vittorio Veneto (ex ospedale civile con accesso prospiciente la palazzina del Dipartimento di Prevenzione)

Il risultato verrà comunicato tempestivamente soltanto in caso di **referto positivo** da parte del Dipartimento di Prevenzione alla famiglia e al PLS/MMG per le relative procedure di sorveglianza.

Il risultato sarà visibile per i PLS/MMG sul Portale continuità della Cura, previo consenso.

INOLTRE

Per i bambini con età 0-3 anni di entrambi i distretti il PLS può richiedere l'esecuzione del tampone inviando una mail a pediatrigo@asugi.sanita.fvg.it entro le ore 16.00 dal lunedì al venerdì

sulla mail il PLS/MMG dovrà riportare la stessa dicitura:

- test di ricerca genomica virale SARS-COV-2 (COVID 19) tampone naso-faringeo
- specificare sulla richiesta sospetto caso COVID, contatto caso COVID, Altro (sorveglianza/screening).

Il tampone verrà eseguito il gg successivo (se prenotato il venerdì verrà eseguito il lunedì)

dalle ore 9.30 alle ore 11.30 presso la palazzina del Medico di Guardia (accesso da via Alto Adige lato Pronto Soccorso di Gorizia)

Il risultato verrà comunicato tempestivamente soltanto in caso di **referto positivo** da parte del Dipartimento di Prevenzione alla famiglia e al Pdf per le relative procedure di sorveglianza.

Il risultato sarà visibile per i PLS/MMG sul Portale continuità della Cura, previo consenso.

Tabella 1

Criteria per eseguire il tampone per COVID-19 alla popolazione pediatrica (0- 14- 16 anni) assistita dai PLS/MMG di ASUGI	
Neonato (<30gg)	<p>Temperatura 37.5-38° C e/o presenza di lievi sintomi respiratori, alimentazione conservata e neurologia adeguata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - valutazione clinica da parte del PLS (escludere infezione vie urinarie) - richiedere al Burlo l'esecuzione del tampone naso faringeo per Covid19 e virus respiratori (da valutare caso per caso, la possibilità di effettuare il tampone a domicilio da parte di un'equipe infermieristica del Burlo) <p>Temperatura >38°C invio al PS</p>
Febbre isolata (senza altri sintomi)	dopo aver escluso un'infezione delle vie urinarie e l'esantema subitum nei bambini <2 anni (tampone dopo il terzo giorno di febbre)
Faringite isolata con febbre	dopo aver escluso un'infezione da streptococco (tampone rapido o criterio ex juvantibus con amoxicillina) nei bambini in età da streptococco (tampone dopo il terzo giorno di malattia)
Infezioni respiratorie, gastroenteriti in bambini di età inferiore a 6 anni	<p>solo se presente uno dei seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bambino con comorbidità - conviventi con anziani (>65 aa) e/o immunodepressi, - un genitore o un convivente che lavora in una struttura (reparto ospedaliero, RSA, Casa di Riposo) COVID + negli ultimi 14 giorni - contatto stretto con un paziente COVID + negli ultimi 14 giorni - provenienza da zone a rischio negli ultimi 14 giorni
Infezioni respiratorie, gastroenteriti in bambini di età pari o superiore a 6 anni	<p>tutti i pazienti con sintomi da più di 3 gg</p> <p>se presente uno dei criteri riportati nella riga "Infezioni respiratorie, gastroenteriti in bambini <6 anni" valutare se eseguire il tampone prima dei 3 gg di malattia</p>
Anosmia/ageusia	tutti i pazienti (senza rinite importante; in base alla capacità del paziente di descrivere questi sintomi)

6. SOSTEGNO ALLA RISPOSTA-STOCK-RISERVA STRATEGICA

6.1 GESTIONE DISPOSITIVI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI) E ALTRE SCORTE

GESTIONE DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI), VACCINI, DISINFETTANTI, TAMPONI NF, REAGENTI, FARMACI, GAS MEDICINALI, EMOCOMPONENTI

FASE DI STABILITA'

DPI

Dal 19 giugno 2020 la distribuzione dei dispositivi di protezione individuale è ritornata in regime ordinario tramite fornitura diretta da parte di Arcs alle strutture abilitate attraverso il software gestionale MAGREP.

La verifica della congruità della richiesta viene effettuata dal SPPA (Gestione Ambientale) confrontando le richieste con la stima media dei consumi.

Eventuali richieste sono concordate con lo stesso Servizio.

VACCINI

Attualmente non sono disponibili vaccini specifici per il Covid-19.

E' stata definita una convenzione con Federfarma Trieste per la distribuzione dei vaccini anti-influenzale e anti-pneumococcico per la campagna di vaccinazione 2020-2021 sul territorio (area giuliana).

DISINFETTANTI

La distribuzione è in regime ordinario e viene effettuata tramite fornitura diretta da parte di Arcs alle strutture abilitate (reparti e servizi ospedalieri, sedi distrettuali, RSA, Case di Riposo e altre strutture residenziali e semiresidenziali fornite da ASUGI) attraverso il software gestionale MAGREP e per le strutture esterne (case di riposo, rsa, ecc.) attraverso le scorte stoccate nel magazzino di via Travnik 20. La verifica della congruità della richiesta viene effettuata dalla SC Assistenza Farmaceutica per l'area giuliana e dalla SC Farmacia Unica per l'area isontina, confrontando le richieste con la stima media dei consumi.

La SC Assistenza Farmaceutica ha predisposto la formula per la produzione galenica di gel idroalcolico in caso di carenza sul mercato del prodotto industriale.

La SC Assistenza Farmaceutica (in parallelo alla SC Farmacia di ARCS) monitora costantemente il sito di AIFA dedicato alle carenze di farmaci sul mercato, per rilevare tempestivamente eventuali problemi di approvvigionamento e attivare forniture alternative.

TAMPONI NASOFARINGEI

La distribuzione è in regime ordinario e viene effettuata tramite fornitura diretta da parte di Arcs alle strutture abilitate attraverso il software gestionale MAGREP. La verifica della congruità della richiesta viene effettuata dalla SC Approvvigionamenti per l'area giuliana e da SC Gestione Gare e Contratti Acquisizione Lavori, beni e servizi (ALBS) per l'area isontina.

FARMACI

Attualmente non sono disponibili farmaci con indicazione specifica per il Covid-19.

I farmaci di supporto che vengono impiegati (anche all'interno di sperimentazioni cliniche) vengono distribuiti alle strutture abilitate (reparti e servizi ospedalieri, sedi distrettuali, RSA, Case di Riposo e altre strutture residenziali e semiresidenziali fornite da ASUGI) attraverso il software gestionale MAGREP tramite ARCS o direttamente dalla Farmacia di riferimento (farmaci sperimentali ed eventuali farmaci non gestiti da ARCS), cioè SC Assistenza Farmaceutica per l'area giuliana e SC Farmacia Unica per l'area isontina. La verifica della congruità della richiesta e l'eventuale supporto ai clinici richiedenti (es. per farmaci sperimentali su richiesta nominale) vengono effettuati dalla competente SC di Farmacia.

La SC Assistenza Farmaceutica e la SC Farmacia Unica effettuano analisi e revisione continua della letteratura disponibile sulle terapie da impiegare in profilassi e trattamento con stesura e aggiornamento di protocolli di terapia e loro diffusione ai clinici coinvolti nella gestione dell'emergenza.

La SC Assistenza Farmaceutica e la SC Farmacia Unica (in parallelo alla SC Farmacia di ARCS) monitorano costantemente il sito di AIFA dedicato alle carenze di farmaci sul mercato, per rilevare tempestivamente eventuali problemi di approvvigionamento e attivare forniture alternative.

REAGENTI

La SC Assistenza Farmaceutica valida tutte le richieste effettuate dalle strutture richiedenti (sia dell'area giuliana che isontina) ed effettua autonomamente gli ordini per tutti i reagenti, attualmente non gestiti da ARCS, se necessario - su segnalazione dei laboratori richiedenti - anche in urgenza.

GAS MEDICINALI

ASUGI ha potenziato la fornitura ospedaliera di ossigeno e aria medicinale per l'ospedale di Cattinara (attivi in regime ordinario un serbatoio di ossigeno e un miscelatore di aria medicinale), attraverso l'installazione di:

- un serbatoio supplementare di ossigeno (sulla base della stima del consumo di ossigeno in caso di occupazione massimale dei letti) con garanzia di fornitura in caso di riattivazione della pandemia
- un sistema di produzione d'aria medicinale per compressione, in aggiunta all'attuale miscelatore.

Presso l'ospedale Maggiore sono attivi esclusivamente un tank di ossigeno liquido (ordinario) e un miscelatore d'aria (ordinario).

Sono state aumentate le scorte di bombole presenti nella sede del 118 per la prima fornitura domiciliare nei pazienti che vengono trasferiti a domicilio dopo dimissione da ricovero, in attesa di attivazione del servizio domiciliare di fornitura di ossigeno liquido.

Le strutture territoriali dell'area giuliana (RSA, Case di riposo, privati-accreditati) sono dotate di bombole di ossigeno. Le strutture private-accreditate Pineta del Carso e Sanatorio Triestino sono, inoltre, dotate di un impianto fisso per l'ossigeno.

SCORTE

DPI

ARCS - Con nota del 2 luglio 2020 ARCS ha comunicato a tutte le aziende che in relazione alla possibilità di una recrudescenza dell'epidemia da COVID-19 in via prudenziale presso il Magazzino Centrale ARCS si sta provvedendo ad accumulare adeguata scorta dei DPI utilizzati in questi mesi.

Le quantità / tipologia di presidi che esitano a seguito di questa valutazione sono sufficienti a supportare richieste importanti di forniture da parte delle Aziende Sanitarie per 2 mesi (a consumo storico massimo).

Descrizione	SCORTA MAGAZZINO	QUOTA ASUGi Ripartizione 30%
CALZARI/SOVRASCARPE	500.000	150.000
GAMBALI	20.000	6.666
CAMICE VISITATORE	340.000	102.000
CAMICI IMPERMEABILI RISCHIO BIO DPI III CAT.	250.000	75.000
CAMICI IMPERMEABILI DM Classe I	50.000	15.000
CUFFIE COPRICAPO TNT	300.000	90.000
CUFFIA SCAFANDRO TNT	15.000	4.500
CUFFIA DPI III CAT.	30.000	9.000
MASCHERINE CHIRURGICHE	3.000.000	900.000
MASCHERINE FFP2	750.000	225.000
MASCHERINE FFP3	200.000	60.000
TAMPONI PER CAMPIONI RINOFARINGEI	100.000	30.000
TUTE di PROTEZIONE	80.000	24.000
VISIERE di PROTEZIONE E OCCHIALI	35.000	10.500

MAGAZZINO DPI VIA TRAVNIK 20 - La scorta attualmente depositata presso il magazzino centrale ha una capacità di copertura a seconda del quantitativo di approvvigionamento da ARCS

Attualmente sono depositati come scorta i seguenti DPI :

Descrizione	SCORTA MAGAZZINO VIA TRAVNIK
TNT VISITATORE	1.590
IMPERMEABILE - CAT I	31.380
IMPERMEABILE - CAT III	19.845
FFP2	227.010
FFP3 + VALV	2.500
FFP3 - VALV	12.705
CHIRURGICHE	22.000
TUTE III CATEGORIA TAGLIE DIVERSE	14.520
KIT VESTIZIONE	1.180
VISIERE	1.791
OCCHIALI	2.708
GAMBALI	81.400
SCAFANDRI	28.800
CUFFIE	4.200

VACCINI

Qualora fosse disponibile un vaccino, verrà attivato un gruppo di lavoro tra SC Assistenza Farmaceutica, SC Farmacia Unica, SC Approvvigionamenti, SC Gestione Gare e Contratti Acquisizione Lavori, beni e servizi (ALBS), SC Igiene Sanità Pubblica e Prevenzione Ambientale e ARCS per la definizione dei fabbisogni e l'approvvigionamento.

DISINFETTANTI

La quantità di disinfettanti presenti in ARCS è sufficiente a supportare richieste importanti di forniture da parte delle Aziende Sanitarie Regionali per 2 mesi (a consumo storico massimo).

Disinfettanti disponibili:

- gel idroalcolico,
- panni imbevuti di ipoclorito,
- soluzione a base di ipoclorito di sodio con detergente (es. Antisapril),
- detergente a base di perossido di idrogeno (es. pronto light),
- alcool 70%.

Con la disponibilità delle materie prime le Farmacie possono attivare la produzione di gel idroalcolico e di altri presidi disinfettanti.

TAMPONI NASOFARINGEI

Scorte disponibili presso SC Laboratorio Analisi Unico (sede Cattinara) e presso ARCS.

FARMACI

Per rendere più rapido l'accesso alle terapie di supporto, le scorte del magazzino urgenze delle Farmacie ospedaliere sono state aumentate rispetto all'ordinario, in accordo con i reparti e in particolare per le seguenti classi di farmaci: anticoagulanti, sedativi e anestetici, antibiotici, corticosteroidi, bloccanti neuromuscolari.

In merito ai farmaci sedativi, oggetto di carenza a seguito dell'aumentato utilizzo durante la pandemia, in collaborazione con ARCS che ha attivato forniture anche di prodotti esteri, la SC Assistenza Farmaceutica e la SC Farmacia Unica hanno definito un protocollo di eventuali sostituzioni tra principi attivi in accordo con i clinici delle strutture coinvolte. In particolare, vista la carenza internazionale di cisatracurio, ARCS ha aumentato le scorte di rocuronio (alternativa a cisatracurio) in collaborazione con la SC Assistenza Farmaceutica e la SC Farmacia Unica, che valuta in quali casi autorizzare la sostituzione del cisatracurio con il rocuronio.

REAGENTI

Scorte disponibili esclusivamente presso i laboratori aziendali dedicati (acquisti in transito).

GAS MEDICINALI

Nell'ospedale di Cattinara sono attivi (in regime ordinario) un serbatoio di ossigeno e un miscelatore di aria medicinale. Sono attivabili, inoltre, un serbatoio supplementare di ossigeno (sulla base della stima del consumo di ossigeno in caso di occupazione massimale dei letti) con garanzia di fornitura in caso di riattivazione della pandemia e un sistema di produzione d'aria medicinale per compressione, in aggiunta all'attuale miscelatore.

Presso l'ospedale Maggiore sono attivi esclusivamente un tank di ossigeno liquido (ordinario) e un miscelatore d'aria (ordinario).

Sono, inoltre, disponibili (aggiornamento al 24/07/2020) le seguenti scorte di bombole:

prodotto	Litri per bombola	n bombole PO Cattinara	n bombole PO Maggiore
ossigeno	5	320	44
ossigeno	10	14	7
ossigeno	40	19	7
ossigeno	50	6	4
aria medicale	10	11	4
aria medicale	14	0	1
aria medicale	50	35	5

Sono state aumentate le scorte di bombole presenti nella sede del 118 per la prima fornitura domiciliare nei pazienti che vengono trasferiti a domicilio dopo dimissione da ricovero, in attesa di attivazione del servizio domiciliare di fornitura di ossigeno liquido.

Situazione scorte al 24/07/2020:

prodotto	Litri per bombola	n bombole 118
ossigeno	2	68
ossigeno	3	4
ossigeno	5	14
ossigeno	7	49
ossigeno	10	2
aria medicale	3	2

Le strutture territoriali dell'area giuliana (RSA, Case di riposo, privati-accreditati) sono dotate di bombole di ossigeno. Le strutture private-accreditate Pineta del Carso e Sanatorio Triestino sono, inoltre, dotate di un impianto fisso per l'ossigeno.

prodotto	Litri per bombola	n. bombole						Struttura territoriale per la dipendenza da sostanze legali - Alcologia
		Igea	Mademar	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	
ossigeno	2		1		3	1		
ossigeno	5	1		3		4	3	2
ossigeno	7	4		1	1			
ossigeno	10	6						
ossigeno	11	6						
ossigeno	14	2						
ossigeno	30	27						
ossigeno	40		39					
ossigeno	50							
aria medicale	10							
aria medicale	14							
aria medicale	50							

Situazione bombole aggiornata al 24/07/2020 presso RSA e sedi distrettuali dell'area giuliana.

AZIONI

*Considerando i tre scenari esplicitati al **capitolo 4** si ipotizzano le seguenti linee d'intervento*

FASE DI STABILITA'

DPI

- mantenimento delle forniture tramite software MAGREP ARCS
- individuazione delle nuove esigenze da parte del SPPA
- apertura settimanale del Magazzino centrale DPI di via Travnik 20 per la distribuzione di DPI alle strutture protette, case di riposo ecc.
- fornitura ai MMG, PLS, SCA tramite i referenti dei distretti
- attivazione di un gruppo di lavoro per eventuali acquisti di DPI sul mercato libero (SPPA-SC APPROVVIGIONAMENTI)
- verifica della corrispondenza dei DPI (SPPA- DIP SC SPSAL)

VACCINI

Qualora fosse disponibile un vaccino, verrà attivato un gruppo di lavoro tra SC Assistenza Farmaceutica, SC Farmacia Unica, SC Approvvigionamenti, SC Gestione Gare e Contratti Acquisizione Lavori, beni e servizi (ALBS), SC Igiene Sanità Pubblica e Prevenzione Ambientale e ARCS per la definizione dei fabbisogni e l'approvvigionamento.

DISINFETTANTI

- distribuzione in regime ordinario tramite fornitura diretta da parte di ARCS alle strutture abilitate (reparti e servizi ospedalieri, sedi distrettuali, RSA, Case di Riposo e altre strutture residenziali e semiresidenziali fornite da ASUGI) attraverso il software gestionale MAGREP.
- Verifica della congruità della richiesta da parte della SC Assistenza Farmaceutica per l'area giuliana e della SC Farmacia Unica per l'area isontina, confrontando le richieste con la stima media dei consumi.
- La SC Assistenza Farmaceutica e la SC Farmacia Unica (in parallelo alla SC Farmacia di ARCS) monitorano costantemente il sito di AIFA dedicato alle carenze di farmaci sul mercato, per rilevare tempestivamente eventuali problemi di approvvigionamento e attivare forniture alternative.

TAMPONI NASOFARINGEI

La distribuzione è in regime ordinario e viene effettuata tramite fornitura diretta da parte di Arcs alle strutture abilitate attraverso il software gestionale MAGREP. La verifica della congruità della richiesta viene effettuata dalla SC Approvvigionamenti per l'area giuliana e da SC Gestione Gare e Contratti Acquisizione Lavori, beni e servizi (ALBS) per l'area isontina.

FARMACI

- distribuzione in regime ordinario tramite fornitura diretta da parte di Arcs alle strutture abilitate (reparti e servizi ospedalieri, sedi distrettuali, RSA, Case di Riposo e altre strutture residenziali e semiresidenziali fornite da ASUGI) attraverso il software gestionale MAGREP per i farmaci di supporto.
- Distribuzione tramite la Farmacia di (SC Assistenza Farmaceutica per l'area giuliana e SC Farmacia Unica per l'area isontina) per farmaci sperimentali ed eventuali farmaci non gestiti da ARCS.
- Verifica della congruità delle richieste e l'eventuale supporto ai clinici richiedenti (es. per farmaci sperimentali su richiesta nominale) da parte della competente SC di Farmacia.
- La SC Assistenza Farmaceutica e la SC Farmacia Unica (in parallelo alla SC Farmacia di ARCS) monitorano costantemente il sito di AIFA dedicato alle carenze di farmaci sul mercato, per rilevare tempestivamente eventuali problemi di approvvigionamento e attivare forniture alternative.
- La SC Assistenza Farmaceutica e la SC Farmacia Unica effettuano analisi e revisione continua della letteratura disponibile sulle terapie da impiegare in profilassi e trattamento con stesura e aggiornamento di protocolli di terapia e loro diffusione ai clinici coinvolti nella gestione dell'emergenza.
- Per il Presidio Ospedaliero di Cattinara-Maggiore è reperibile h24 un Farmacista per le urgenze. Per il Presidio Ospedaliero di Gorizia-Monfalcone l'accesso ai farmaci per le emergenze avviene secondo la vigente procedura aziendale, reperibile all'indirizzo intranet http://intranetaas2.ass2.sanita.fvg.it/index.php?option=com_jdownloads&view=category&catid=574&Itemid=-1

REAGENTI

- la SC Assistenza Farmaceutica valida tutte le richieste effettuate dalle strutture richiedenti (sia dell'area giuliana che isontina) entro il mercoledì alle ore 12.00 ed effettua autonomamente gli ordini per tutti i reagenti, attualmente non gestiti da ARCS
- se necessario (su segnalazione dei laboratori richiedenti) la validazione e l'ordine vengono effettuati in urgenza (tutti i giorni dal lunedì al venerdì con richiesta entro le ore 14.00).

GAS MEDICINALI

- gestione ordinaria nei presidi ospedalieri Cattinara-Maggiore e Gorizia-Monfalcone attraverso 1 serbatoio di ossigeno e 1 miscelatore d'aria per ciascuna sede di presidio
- consegna tramite ambulanza di una bombola di ossigeno a tutti i pazienti che necessitano di ossigeno e vengono trasferiti al domicilio dopo dimissione da ricovero, a copertura del periodo necessario per l'attivazione del servizio domiciliare
- gestione ordinaria delle forniture nelle strutture territoriali

FASE DI RIPRESA DEI CONTAGI

DPI

- mantenimento delle forniture tramite software MAGREP ARCS fino a eventuale saturazione e passaggio al magazzino unico DPI di via Travnik.

Nel caso ciò avvenga dovranno essere immediatamente poste in atto le seguenti azioni:

- Individuazione dei referenti delle strutture coinvolte e che saranno garanti della distribuzione capillare
- Attivazione di un Gruppo tecnico tra SPPGA e Referenti dei Distretti per la distribuzione alle Strutture Protette
- Attivazione di personale di supporto (si stima una forza lavoro di almeno 5 magazzinieri)
- Attivazione di una rete interna o attraverso un fornitore esterno che garantisca il trasporto interno in tutta l'area di competenza di ASUGI
- Attivazione della pronta disponibilità per il personale SPPA. magazzinieri e autisti
- Implementazione di un software gestionale che garantisca la tracciabilità della gestione del magazzino
- Sanificazione periodica del magazzino di via Travnik 20

VACCINI

Qualora fosse disponibile un vaccino, verrà attivato un gruppo di lavoro tra SC Assistenza Farmaceutica, SC Farmacia Unica, SC Approvvigionamenti, SC Gestione Gare e Contratti Acquisizione Lavori, beni e servizi (ALBS), SC Igiene Sanità Pubblica e Prevenzione Ambientale e ARCS per la definizione dei fabbisogni e l'approvvigionamento.

DISINFETTANTI

- distribuzione in regime ordinario tramite fornitura diretta da parte di ARCS alle strutture abilitate (reparti e servizi ospedalieri, sedi distrettuali, RSA, Case di Riposo e altre strutture residenziali e semiresidenziali fornite da ASUGI) attraverso il software gestionale MAGREP fino a eventuale saturazione.
- Verifica della congruità della richiesta da parte della SC Assistenza Farmaceutica per l'area giuliana e della SC Farmacia Unica per l'area isontina, confrontando le richieste con la stima media dei consumi e, in caso di quantità contingentata, dando priorità a reparti COVID, ambulatori operativi e strutture territoriali COVID.
- La SC Assistenza Farmaceutica e SC Farmacia Unica (in parallelo alla SC Farmacia di ARCS) monitorano costantemente il sito di AIFA dedicato alle carenze di farmaci sul mercato, per rilevare tempestivamente eventuali problemi di approvvigionamento e attivare forniture alternative.
- Attivazione della produzione galenica di gel idroalcolico in caso di carenza dei prodotti sul mercato (dando priorità nella distribuzione a reparti COVID, ambulatori operativi e strutture territoriali COVID).

TAMPONI NASOFARINGEI

- distribuzione tramite fornitura diretta da parte di ARCS alle strutture abilitate attraverso il software gestionale MAGREP
- verifica della congruità della richiesta da parte della SC Approvvigionamenti per l'area giuliana e da SC Gestione Gare e Contratti Acquisizione Lavori, beni e servizi (ALBS) per l'area isontina.

FARMACI

- distribuzione in regime ordinario tramite fornitura diretta da parte di ARCS alle strutture abilitate (reparti e servizi ospedalieri, sedi distrettuali, RSA, Case di Riposo e altre strutture residenziali e semiresidenziali fornite da ASUGI) attraverso il software gestionale MAGREP per i farmaci di supporto.
- Distribuzione tramite le farmacie ospedaliere (SC Assistenza Farmaceutica per l'area giuliana e SC Farmacia Unica per l'area isontina) per farmaci sperimentali, eventuali farmaci non gestiti da ARCS ed eventuali farmaci monitorati con tracciatura nominale con PSM.
- Verifica della congruità delle richieste e l'eventuale supporto ai clinici richiedenti (es. per farmaci sperimentali su richiesta nominale) da parte della competente SC di Farmacia.
- per rendere più rapido l'accesso alle terapie di supporto, le scorte del magazzino urgenze delle farmacie ospedaliere saranno rimodulate in base ai bisogni espressi dalle strutture.
- La SC Assistenza Farmaceutica e SC Farmacia Unica (in parallelo alla SC Farmacia di ARCS) monitorano costantemente il sito di AIFA dedicato alle carenze di farmaci sul mercato, per rilevare tempestivamente eventuali problemi di approvvigionamento e attivare forniture alternative.
- In merito ai farmaci sedativi, oggetto di possibile carenza, la SC Assistenza Farmaceutica e la SC Farmacia Unica aggiornano il protocollo delle eventuali sostituzioni tra principi attivi in accordo con i clinici delle strutture coinvolte e smistano le richieste verso ARCS tra le alternative disponibili.
- La SC Assistenza Farmaceutica e la SC Farmacia Unica effettuano analisi e revisione continua della letteratura disponibile sulle terapie da impiegare in profilassi e trattamento con stesura e aggiornamento di protocolli di terapia e loro diffusione ai clinici coinvolti nella gestione dell'emergenza.
- Per il Presidio Ospedaliero di Cattinara-Maggiore è reperibile h24 un Farmacista per le urgenze. Per il Presidio Ospedaliero di Gorizia-Monfalcone l'accesso ai farmaci per le emergenze avviene secondo la vigente procedura aziendale, reperibile all'indirizzo intranet http://intranetaas2.ass2.sanita.fvg.it/index.php?option=com_jdownloads&view=category&catid=574&Itemid=-1
- Per garantire la consegna tempestiva dei farmaci tra gli ospedali Cattinara e Maggiore e le strutture territoriali, anche al di fuori degli orari coperti dal trasporto ordinario (8.00-14.00 dei giorni feriali) si prevede la riattivazione del servizio di trasporto in urgenza dalle ore 14.00 alle ore 8.00 del giorno successivo per i giorni feriali e h24 per i giorni festivi, attraverso la SC Approvvigionamenti.

REAGENTI

- la SC Assistenza Farmaceutica valida tutte le richieste effettuate dalle strutture richiedenti (sia dell'area giuliana che isontina) entro il mercoledì alle ore 12.00 ed effettua autonomamente gli ordini per tutti i reagenti, attualmente non gestiti da ARCS.
- se necessario (su segnalazione dei laboratori richiedenti) la validazione e l'ordine vengono effettuati in urgenza (tutti i giorni dal lunedì al venerdì con richiesta entro le ore 14.00).

GAS MEDICINALI

- verifica dei consumi di ossigeno presso l'ospedale di Cattinara per attivazione, in caso di necessità, del serbatoio supplementare di ossigeno e del sistema di produzione d'aria per compressione.
- gestione ordinaria presso l'ospedale Maggiore attraverso 1 tank di ossigeno e 1 miscelatore d'aria
- consegna tramite ambulanza di una bombola di ossigeno a tutti i pazienti che necessitano di ossigeno e vengono trasferiti al domicilio, a copertura del periodo necessario per l'attivazione del servizio domiciliare.
- eventuale aumento della fornitura di ossigeno alle strutture territoriali

FASE PANDEMICA

DPI

Nell'eventualità che ARCS non riesca più a rifornire l'Azienda con i quantitativi richiesti verranno posti in atto le seguenti ulteriori azioni:

- Implementazione a copertura parziale o totale dei quantitativi richiesti tramite la scorta posta nel magazzino centrale
- Attivazione di un gruppo di lavoro permanente (SPPA- SC APPROVIGIONAMENTI) per l'individuazione dei dpi più critici, ricerca sul mercato libero, verifica della loro corrispondenza alle norme, procedura di acquisizione).
- Attivazione di personale di supporto (si stima una forza lavoro di almeno 5 magazzinieri)
- Attivazione di una rete interna o attraverso un fornitore esterno che garantisca il trasporto interno in tutta l'area di competenza di ASUGI
- Attivazione della pronta disponibilità per il personale SPPGA, magazzinieri e autisti
- Implementazione di un software gestionale che garantisca la tracciabilità della gestione del magazzino
- Sanificazione periodica del magazzino di via Travnik 20

VACCINI

Qualora fosse disponibile un vaccino, verrà attivato un gruppo di lavoro tra SC Assistenza Farmaceutica, SC Farmacia Unica, SC Approvvigionamenti, SC Gestione Gare e Contratti Acquisizione Lavori, beni e servizi (ALBS), SC Igiene Sanità Pubblica e Prevenzione Ambientale e ARCS per la definizione dei fabbisogni e l'approvvigionamento.

DISINFETTANTI

- distribuzione in regime ordinario tramite fornitura diretta da parte di Arcs alle strutture abilitate (reparti e servizi ospedalieri, sedi distrettuali, RSA, Case di Riposo e altre strutture residenziali e semiresidenziali fornite da ASUGI) attraverso il software gestionale MAGREP fino a eventuale saturazione.
- Verifica della congruità della richiesta da parte della SC Assistenza Farmaceutica per l'area giuliana e della SC Farmacia Unica per l'area isontina, confrontando le richieste con la stima media dei consumi e, in caso di quantità contingentata, dando priorità a reparti COVID, ambulatori operativi e strutture territoriali.
- La SC Assistenza Farmaceutica e la SC Farmacia Unica (in parallelo alla SC Farmacia di ARCS) monitorano costantemente il sito di AIFA dedicato alle carenze di farmaci sul mercato, per rilevare tempestivamente eventuali problemi di approvvigionamento e attivare forniture alternative.
- Attivazione della produzione galenica di gel idroalcolico in caso di carenza dei prodotti sul mercato (dando priorità nella distribuzione a reparti COVID, ambulatori operativi e strutture territoriali COVID).

TAMPONI NASOFARINGEI

- distribuzione tramite fornitura diretta da parte di Arcs alle strutture abilitate attraverso il software gestionale MAGREP
- verifica della congruità della richiesta da parte della SC Approvvigionamenti per l'area giuliana e da SC Gestione Gare e Contratti Acquisizione Lavori, beni e servizi (ALBS) per l'area isontina.

FARMACI

- distribuzione in regime ordinario tramite fornitura diretta da parte di Arcs alle strutture abilitate (reparti e servizi ospedalieri, sedi distrettuali, RSA, Case di Riposo e altre strutture residenziali e semiresidenziali fornite da ASUGI) attraverso il software gestionale MAGREP per i farmaci di supporto.
- Distribuzione tramite le farmacie ospedaliere (SC Assistenza Farmaceutica per l'area giuliana e SC Farmacia Unica per l'area isontina) per farmaci sperimentali, eventuali farmaci non gestiti da ARCS ed eventuali farmaci monitorati con tracciatura nominale con PSM.

- Verifica della congruità delle richieste e l'eventuale supporto ai clinici richiedenti (es. per farmaci sperimentali su richiesta nominale) da parte della competente SC di Farmacia.
- per rendere più rapido l'accesso alle terapie di supporto, le scorte del magazzino urgenze delle farmacie ospedaliere saranno rimodulate, rispetto alla fase precedente, in base ai bisogni espressi dalle strutture.
- La SC Assistenza Farmaceutica e la SC Farmacia Unica (in parallelo alla SC Farmacia di ARCS) monitorano costantemente il sito di AIFA dedicato alle carenze di farmaci sul mercato, per rilevare tempestivamente eventuali problemi di approvvigionamento e attivare forniture alternative.
- In merito ai farmaci sedativi, oggetto di possibile carenza, la SC Assistenza Farmaceutica e la SC Farmacia Unica aggiornano il protocollo delle eventuali sostituzioni tra principi attivi in accordo con i clinici delle strutture coinvolte e smistano le richieste verso ARCS tra le alternative disponibili.
- La SC Assistenza Farmaceutica e la SC Farmacia Unica effettuano analisi e revisione continua della letteratura disponibile sulle terapie da impiegare in profilassi e trattamento con stesura e aggiornamento di protocolli di terapia e loro diffusione ai clinici coinvolti nella gestione dell'emergenza.
- Per il Presidio Ospedaliero di Cattinara-Maggiore è reperibile h24 un Farmacista per le urgenze. Per il Presidio Ospedaliero di Gorizia-Monfalcone l'accesso ai farmaci per le emergenze avviene secondo la vigente procedura aziendale, reperibile all'indirizzo intranet http://intranetaas2.ass2.sanita.fvg.it/index.php?option=com_jdownloads&view=category&catid=574&Itemid=-1
- Per garantire la consegna tempestiva dei farmaci tra gli ospedali Cattinara e Maggiore e le strutture territoriali, anche al di fuori degli orari coperti dal trasporto ordinario (8.00-14.00 dei giorni feriali) si prevede la riattivazione del servizio di trasporto in urgenza dalle ore 14.00 alle ore 8.00 del giorno successivo per i giorni feriali e h24 per i giorni festivi, attraverso la SC Approvvigionamenti.

REAGENTI

- la SC Assistenza Farmaceutica valida tutte le richieste effettuate dalle strutture richiedenti (sia dell'area giuliana che isontina) entro il mercoledì alle ore 12.00 ed effettua autonomamente gli ordini per tutti i reagenti, attualmente non gestiti da ARCS
- la SC Assistenza Farmaceutica verifica giornalmente (senza necessità di segnalazione dei laboratori richiedenti) le richieste inserite dai laboratori ed effettua la validazione e l'ordine in urgenza (tutti i giorni dal lunedì al venerdì con richiesta entro le ore 14.00).

GAS MEDICINALI

- presso l'ospedale di Cattinara attivazione del serbatoio supplementare di ossigeno e, in caso di crisi del miscelatore d'aria, del sistema di produzione d'aria per compressione.
- gestione ordinaria presso l'ospedale Maggiore attraverso 1 tank di ossigeno e 1 miscelatore d'aria.
- consegna tramite ambulanza di una bombola di ossigeno a tutti i pazienti che necessitano di ossigeno e vengono trasferiti al domicilio, a copertura del periodo necessario per l'attivazione del servizio domiciliare.
- aumento della fornitura di ossigeno alle strutture territoriali COVID.

EMOCOMPONENTI

Il Dipartimento di Medicina Trasfusionale Giuliano Isontino (DIMT), operativo nei presidi ospedalieri Maggiore, Cattinara, Gorizia, Monfalcone e IRCCS Burlo Garofolo svolge le seguenti principali attività:

1. Raccolta di sangue, plasma e piastrine
2. Distribuzione del sangue
3. Attività diagnostica di Immunoematologia, Patologia dell'Emostasi e Tipizzazione Tissutale
4. Attività ambulatoriale
5. Attività di raccolta, congelamento e crioconservazione delle cellule staminali emopoietiche.

Fase pandemica

Per quanto attiene alla raccolta del sangue, attività strategica per il sistema sanitario, sono state rispettate sia le disposizioni Aziendali che le raccomandazioni del Centro Nazionale Sangue in materia di sicurezza della donazione per i donatori stessi, per i pazienti e per il personale. Nell'ambito del Coordinamento Regionale Sangue, costituito dai Dipartimenti di Medicina Trasfusionale di Trieste, Udine, Pordenone e dal Centro Unico Regionale di Produzione di Emocomponenti, il DIMT si è interfacciato con la Direzione Centrale Salute e con le Associazioni dei Donatori di Sangue per la programmazione della raccolta.

Ai fini di garantire la sicurezza della donazione, è stata introdotta l'obbligatorietà della prenotazione ed un triage telefonico il giorno precedente la donazione per verificare lo stato di salute del donatore ed eventuali contatti con casi probabili o confermati di COVID-19. A tutti i donatori è stato raccomandato di avvisare tempestivamente il DIMT, nel caso di comparsa dopo la donazione, di sintomi correlati al COVID-19 (*Post Donation Information*).

L'attività di raccolta regionale è stata monitorata puntualmente, e sono stati prodotti reports trisettimanali condivisi sia con le Associazioni di Volontariato che con la Direzione Centrale Salute. Nei primi otto mesi dell'anno, con l'eccezione di qualche criticità nei mesi di marzo ed aprile, la raccolta di sangue, plasma e piastrine è stata adeguata al fabbisogno, che ricordiamo, è stato ridotto causa la riduzione dell'attività chirurgica in elezione.

La tabella seguente riporta l'attività di raccolta sangue, plasma e piastrine nei primi otto mesi del 2020 confrontata con il 2019.

Sede	Gennaio		Febbraio		Marzo		Aprile		Maggio		Giugno		Luglio		Agosto		TOTALE		Delta 2020-2019/100	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020		
Maggiore	sangue	763	673	704	639	700	706	623	492	673	587	629	673	705	669	676	632	5473	5071	-7.3
	plasma	202	205	201	200	221	198	203	198	227	249	204	229	218	223	220	210	1696	1712	0.9
	piastrine	47	16	31	26	31	34	34	33	29	20	26	33	31	36	31	33	260	231	-11.2
	totale	1012	894	936	865	952	938	860	723	929	856	859	935	954	928	927	875	7429	7014	-5.6
Monfalcone	sangue	228	208	162	224	217	282	225	214	239	215	241	223	262	269	231	276	1805	1911	5.9
	plasma	50	57	47	43	50	61	48	74	51	54	60	59	70	67	58	56	434	471	9.5
	piastrine	19	16	15	20	15	20	17	14	12	14	12	13	9	14	11	14	110	125	13.6
	totale	297	281	224	287	282	363	290	302	302	283	313	295	341	350	300	346	2349	2507	6.7
Gorizia	sangue	204	182	203	236	193	251	213	160	240	196	205	246	232	203	247	207	1737	1681	-3.2
	plasma	52	35	54	56	48	72	60	76	56	65	54	72	46	63	59	65	429	504	17.5
	piastrine	12	11	12	10	9	5	9	11	16	14	6	9	9	9	1	10	74	79	6.8
	totale	268	228	269	302	250	328	282	247	312	275	265	327	287	275	307	282	2240	2264	1.1
Totale complessivo	1577	1403	1429	1454	1484	1629	1432	1272	1543	1414	1437	1557	1582	1553	1534	1503	12018	11785	-1.9	

Per quanto attiene alla distribuzione del sangue, in previsione di possibili carenze di raccolta con conseguente calo delle scorte, il Coordinamento Regionale Sangue ha predisposto una procedura che definisce diversi livelli di scorte e le azioni da intraprendere per ciascun livello di allerta (allegata). La procedura è anche stata illustrata ai 3 Comitati per il Buon Uso del Sangue svolti negli ultimi mesi presso l'IRCCS Burlo Garofolo, Monfalcone e Cattinara.

È stata implementata una procedura per la sanificazione delle unità non trasfuse, rientrate da reparti COVID-19.

Fermo restando l'adozione delle misure di sicurezza previste dall'Azienda, l'attività diagnostica è proseguita senza interruzioni nella fase pandemica.

Sono state seguite le disposizioni Aziendali per l'attività ambulatoriale: è stato garantito il supporto trasfusionale ed i salassi terapeutici per i pazienti affetti da neoplasie mieloproliferative. Sono state inoltre erogate le prestazioni di LDL aferesi e eritro-exchange. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a triage telefonico il giorno precedente l'accesso e a misurazione della temperatura il giorno dell'accesso.

L'attività di raccolta, congelamento e crioconservazione delle cellule staminali emopoietiche è proseguita in accordo con l'Ematologia di ASUGI e l'Oncoematologia Pediatrica dell'IRCCS Burlo Garofolo.

Fase di stabilità

L'attività è proseguita come descritto nel paragrafo precedente, ad eccezione dell'attività ambulatoriale che è ripresa con le modalità indicate dall'Azienda. Le liste d'attesa sono state riassorbite in circa 30 giorni.

Fase di ripresa dei contagi

Il DIMT continuerà a garantire le prestazioni rispettando i criteri di sicurezza per i donatori, i pazienti ed il personale.

I Centri di raccolta (Maggiore, Gorizia e Monfalcone) dovranno rimanere operativi, e tramite il Coordinamento Regionale Sangue, ci interfaceremo con le Associazioni Donatori di Sangue e la Direzione Centrale Salute al fine di garantire scorte sufficienti al fabbisogno di ASUGI e IRCCS Burlo Garofolo.

Come previsto dalla procedura allegata, in caso di riduzione delle scorte a livello arancione, condivideremo con la Direzione Sanitaria opportuni provvedimenti.

Allegata la procedura sul ripristino delle scorte - ALLEGATO A

ALLEGATO A -

Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale Giuliano Isontino
VERIFICA DELLE SCORTE E RIPRISTINO EMOCOMPONENTI DIMT (n° doc. A3.IO.24 Rev.06)
Procedura certificata firmata digitalmente il 16/07/2020

1. OGGETTO E SCOPO

La presente istruzione descrive le modalità con cui vengono verificate e ripristinate le scorte di emocomponenti in base a quanto concordato con il CURPE (A5.PG1 Rev.5).

L'attuale documento definisce anche i diversi livelli di ripristino in base alle scorte del FVG.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Ripristino degli emocomponenti di tutte le sedi del DIMT

L'Ospedale Maggiore è sede di arrivo degli emocomponenti dal CURPE e di ripristino per tutto il DIMT.

3. RESPONSABILITA'

TLB e Medici del DIMT

4. CONTENUTO / MODALITA' OPERATIVA

La tabella seguente riporta il consumo giornaliero medio e massimo di concentrati eritrocitari del DIMT nel 2019.

	0 NEG	0 POS	A NEG	A POS	B NEG	B POS	AB NEG	AB POS
Media giornaliera	4	17	3	13	1	5	0	1
Massima giornaliera	7	25	7	17	3	7	1	3

- L'invio degli emocomponenti, effettuato dal CURPE dal lunedì al sabato secondo la procedura A5.PG1 rev.5 Gestione Emocomponenti Regione FVG, avviene con il giro che parte da Palmanova alle h 11.50 e arriva alla sede HUB del Maggiore alle 12:30-13:00, secondo le indicazioni riportate nella procedura A1.PS.20.
- Ogni mattina alle h 8 (LUN → SAB) il tecnico presente al Maggiore verifica i livelli di disponibilità degli emocomponenti al CURPE attraverso il report di disponibilità inviato dallo stesso 3 volte a settimana alla mail emocomponenti@asugi.sanita.fvg.it. Individuati i livelli di ripristino per i singoli gruppi, il tecnico verifica le scorte degli emocomponenti nelle diverse sedi del DIMT (Emonet → stampa scorte) e ripristina:
 - Sede di Gorizia: h 9.40. La sede di Gorizia ripristina quella di Monfalcone Sede di Cattinara: h 10:30 e in caso di bisogno alle ore 13:00
 - Sede Burlo: richiesta tramite fax delle unità con fenotipi necessari. Cambio unità con il primo giro utile.
- In base alla disponibilità/carenza di emazie il ripristino avverrà tenendo conto dei seguenti livelli di allerta:
 1. **LIVELLO VERDE:** disponibilità di emocomponenti nella norma con modalità di ripristino normale pari a 5 giorni;
 2. **LIVELLO GIALLO:** disponibilità di circa l'80% delle scorte regionali normali con ripristino del gruppo carente ridotta del 20% pari a 4 giorni;

- LIVELLO ARANCIONE:** disponibilità di circa il 68% delle scorte regionali normali con ripristino del gruppo carente ridotta del 32% pari a 3,4 giorni;
- LIVELLO ROSSO:** disponibilità di circa il 45% delle scorte regionali normali con ripristino del gruppo carente pari al numero delle unità prelevate il giorno precedente dal singolo Dipartimento.

Le tabelle sottostanti riportano, per le varie sedi del DIMT, i quantitativi di ripristino tenendo conto dei vari livelli di disponibilità.

EMAZIE LIVELLO VERDE: RIPRISTINO SCORTE A 5 GG

	0 NEG (+URG)	0 POS	A NEG	A POS	B NEG	B POS	AB NEG	AB POS
Maggiore	2(4*)	20	2	16	1	6	0	0
Cattinara	13(2)	45	8	36	2	12	1	4
Burlo	4(5)	6	2	4	1	2	0	0
Gorizia	2(10)	14	2	11	1	4	0	2
Monfalcone	4(4)	16	2	11	1	7	0	2
Totale	50	101	16	78	6	31	1	8

*2 Salus, 2 Rianimazione OM

EMAZIE LIVELLO GIALLO: RIPRISTINO SCORTE A 4 GG

	0 NEG (+URG)	0 POS	A NEG	A POS	B NEG	B POS	AB NEG	AB POS
Maggiore	2(3*)	16	1	12	1	5	0	0
Cattinara	11(2)	36	7	30	1	10	1	3
Burlo	2(4)	5	1	4	1	2	0	0
Gorizia	2(6)	11	2	8	1	3	0	1
Monfalcone	4(2)	13	2	8	1	5	0	2
Totale	38	81	13	62	5	25	1	6

*2 Salus, 1 Rianimazione OM

EMAZIE LIVELLO ARANCIONE: RIPRISTINO SCORTE A 3,4 GG

	0 NEG (+URG)	0 POS	A NEG	A POS	B NEG	B POS	AB NEG	AB POS
Maggiore	2(3*)	14	1	10	0	4	0	0
Cattinara	10(0)	31	5	25	1	8	1	2
Burlo	2(4)	4	1	4	1	2	0	0
Gorizia	2(5)	9	2	7	1	3	0	1
Monfalcone	3(2)	11	2	7	1	4	0	2
Totale	33	69	11	53	4	21	1	5

*2 Salus, 1 Rianimazione OM

EMAZIE LIVELLO ROSSO: RIPRISTINO SCORTE IN BASE A QUANTO RACCOLTO IL GIORNO PRIMA

Nel caso in cui la carenza si riferisse al gruppo 0 NEGATIVO e nella giornata precedente non vi sia alcun 0 NEGATIVO prelevato, si deve garantire la quantità minima prevista per legge di 2 0 NEGATIVI per sede, per un totale di 10 0 NEGATIVI nel DIMT.

- Si rammenta che le unità irradiate rientrano nei quantitativi riportati nelle rispettive tabelle sopra indicate.
- In caso sia necessaria la fornitura di di unità trasfusionali con fenotipi particolari presenti in emoteca CURPE il tecnico avvisa il coordinatore o il RTD il quale comunica tramite mail curpe@aas2.sanita.fvg.it e telefonicamente al numero **0432/921513** le specifiche esigenze.

PIASTRINE

GORIZIA	MONFALCONE	BURLO	CATTINARA	MAGGIORE	TOTALE
1	1	3	6	2	13

PLASMA

	0	A	B	AB
Maggiore				5
Cattinara	13	19	9	14
Burlo	2	1	1	5
Gorizia	2	3	2	6
Monfalcone	3	5	2	6

- Qualora sia necessario un intervento di ripristino urgente fuori orario programmato, si attiverà la Cooperativa Basaglia chiamando il numero **3466092115**.

Il trasporto degli emocomponenti avviene secondo quanto riportato nell'istruzione A3.IO.06 e secondo gli orari indicati nella procedura A1.PS.20.

VERIFICA UNITA' IN SCADENZA

- Ogni giorno i TLB OC, OM, Burlo, GO e MN in servizio verificano che le unità di emazie presenti fisicamente nelle Emoteche delle rispettive sedi corrispondano a quelle presenti virtualmente in EMONET, firmano il modulo apposito posto sulla porta dell'emoteca, individuano le unità di emazie concentrate prossime alla scadenza (nei successivi 5 giorni da stampe e statistiche-elenco unità in scadenza).
- I TLB, presso la sede dell'OC provvedono a stampare l'elenco delle unità in scadenza e nelle altre sedi ad organizzarne l'invio all'ospedale di Cattinara nel giorno successivo; eliminano fisicamente ed informaticamente le eventuali unità scadute.
- Il controllo delle unità di plasma ad opera del TLB OM, CATT, GO e MONF avviene una volta al mese.

5. AZIONI DA INTRAPRENDERE AD OGNI LIVELLO

Il medico del DIMT in turno alla mattina devono essere a conoscenza del livello di ripristino. La tabella seguente descrive il flusso informativo e le azioni da intraprendere in base ai livelli di allerta.

Livello di allerta	CURPE	DIRETTORE	Dirigenti Medici DIMT	Direzione Sanitaria ASUGI e IRCCS Burlo	Tecnici DIMT
VERDE/nessuna allerta, sostanziale pareggio tra domanda e offerta	Ripristina l'HUB con scorte a 5gg	È informato tramite il report trisettimanale	Sono informati	Non sono informati, nessuna azione	Sono informati, ripristino secondo tabella 'verde'
GIALLO/ordinaria 80% delle scorte regionali	Ripristina l'HUB con scorte a 4gg	È informato tramite il report trisettimanale	Sono informati	Non sono informati, nessuna azione	Sono informati, ripristino secondo tabella 'gialla'
ARANCIO/allerta moderata, 68% delle scorte regionali	Ripristina l'HUB con scorte a 3,4gg	È informato. Avvisa la Direzione Sanitaria sulla possibile necessità di sospendere attività chirurgica programmata. Condivide con il CURPE e gli altri DIMT, azioni di contrasto: appelli alla cittadinanza, interventi sui media ecc.	Sono informati e collaborano con i clinici per la programmazione degli interventi chirurgici in elezione	Sono informati. Condividono con i trasfuzionisti ed i clinici quali interventi chirurgici in elezione vanno sospesi	Sono informati, ripristino secondo tabella 'arancione'; interagiscono con i medici per la programmazione
ROSSO/allerta elevata, 45% delle scorte regionali	Ripristina i singoli DIMT sulla base di quanto raccolto il giorno precedente	Avvisa la Direzione Sanitaria sulla necessità di sospendere attività chirurgica programmata. Condivide con il CURPE e gli altri DIMT, azioni di contrasto: appelli alla cittadinanza, interventi sui media, richiesta sangue ad altre regioni ecc.	Sono informati e concordano il ripristino e l'evasione delle richieste con i tecnici	Inviano tempestivamente la circolare per sospensione di tutta l'attività chirurgica programmata. Coinvolgimento per appelli alla cittadinanza e per il ritiro di unità in altre regioni	Concordano il ripristino e la priorità dell'evasione delle richieste con i medici

6. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Il Sangue; guida alla preparazione, uso e garanzia di qualità degli emocomponenti. Raccomandazione n. R (95) 14 del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa
- DECRETO 2 novembre 2015. Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli Emocomponenti
- A5.PG1 REV. 5 Centro Unico Regionale Produzione Emocomponenti - Gestione Emocomponenti Regione FVG

7. DOCUMENTI COLLEGATI

- A3.IO.06
- A1.PS.20

6.1.1 MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE OPERATORI SANITARI

Oltre alle misure di prevenzione e protezione specifiche, che verranno trattate in seguito, è fondamentale seguire le seguenti **precauzioni generali**:

- Effettuare l'igiene delle mani con acqua e sapone per almeno 40-60 secondi (se le mani sono visibilmente sporche) o usando la soluzione idroalcolica per 20-30 secondi; si raccomanda di non indossare monili, smalto o gel per unghie;
- Rispettare l'igiene respiratoria: tossire e starnutire all'interno della piega del gomito con il braccio piegato o all'interno di un fazzoletto, preferibilmente monouso, che poi deve essere immediatamente eliminato (e prontamente dopo effettuare l'igiene delle mani);
- Evitare di toccare gli occhi, il naso e la bocca con le mani;
- Indossare la mascherina chirurgica ed eseguire l'igiene delle mani dopo averla rimossa ed eliminata;
- Evitare i contatti ravvicinati mantenendo la distanza di almeno un metro dalle altre persone, in particolare con quelle con sintomi respiratori.
- Non frequentare luoghi affollati e di limitare le uscite soprattutto se in presenza di sintomi respiratori (febbre, tosse, mal di gola);
- Limitare il più possibile l'accesso alle strutture sanitarie, distrettuali, case di riposo, ecc. se non necessario. I visitatori autorizzati eccezionalmente all'accesso, nel caso in cui non sia possibile evitare le visite, devono ricevere istruzioni chiare su come indossare e rimuovere i DPI e sull'igiene delle mani da effettuare prima di indossarli e dopo averli rimossi. In ogni caso, la durata della visita deve contenersi entro un massimo di 15-30 minuti, salvo situazioni particolari.
- Evitare di toccare le superfici nelle immediate vicinanze del paziente durante l'assistenza, al fine di prevenire sia la contaminazione delle mani pulite da parte delle superfici ambientali sia la trasmissione dei patogeni dalle mani contaminate alle superfici;
- Disinfettare le superfici contaminate con prodotti a base di cloro attivo 0,1%-0,5% o alcool al 70% in base al contesto (salvo diverse indicazioni più specifiche riportate nelle sezioni di questa procedura) con particolare attenzione a tutte le superfici toccate di frequente;
- Riservare adeguati spazi agli operatori e delineare un percorso sporco/pulito per permettere la vestizione e svestizione in sicurezza

La **selezione del tipo di DPI** deve tenere conto del rischio di trasmissione di COVID-19; questo dipende da:

TIPO DI PAZIENTE: (i pazienti più contagiosi sono quelli sintomatici, che presentano tosse e/o starnuti)

Caso confermato: Un caso con una conferma di laboratorio effettuata presso il laboratorio di riferimento per infezione da SARS-CoV-2, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici.

Caso sospetto: Per caso sospetto s'intende:

-1- l'utente/operatore con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno tra i seguenti segni e sintomi quali febbre, tosse e difficoltà respiratoria) che richiede o meno il ricovero ospedaliero e che soddisfi il criterio epidemiologico;

-2- l'utente/operatore con tampone negativo, ma che ha avuto un contatto stretto con un caso confermato; Per **contatto stretto** s'intende:

A carico dell'utente

- un utente che vive all'interno del nucleo dove è presente un altro utente con tampone positivo al COVID-19;
- un utente che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (come ad es. toccare con mani nude fazzoletti di carta usati);
- un utente assistito da un operatore con tampone positivo;
- un utente che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19 (altro utente od operatore) a distanza inferiore di 2 metri e di durata maggiore a 15';
- un utente che si è trovato in un ambiente chiuso (camera, sala da pranzo ecc.) con un caso di COVID-19.

A carico dell'operatore (tutti i casi sottostanti riguardano esposizioni senza adozione dei DPI idonei)

- un operatore che ha avuto un contatto con un caso COVID-19 a distanza inferiore 2 metri e con esposizione superiore ai 15 minuti;
- un operatore che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso COVID-19;
- un operatore che ha avuto un contatto con secrezioni di un caso con COVID-19;
- un operatore che ha avuto permanenza nello stesso ambiente chiuso (aula, sala riunioni, sala d'attesa...) con un caso COVID-19 a distanza inferiore 2 metri e con esposizione superiore ai 15 minuti.

-3- l'utente/operatore con pregressa positività;

TIPO DI CONTATTO ASSISTENZIALE, il rischio **aumenta** quando:

- il **contatto** è **ravvicinato** (< 1 metro) e **prolungato** (> 15 minuti).

- il contatto è di tipo ripetuto o continuativo, tale da aumentare il tempo complessivo di esposizione sia in ospedale che in altri ambiti assistenziali territoriali (come ad esempio operatori del territorio coinvolti nella assistenza medica ripetuta e/o continuata di casi sospetti e confermati di COVID-19).
- si eseguono manovre e procedure a rischio di produrre aerosol delle secrezioni del paziente (esempi: rianimazione cardiopolmonare, intubazione ed estubazione con le relative procedure come ventilazione manuale e aspirazione aperta del tratto respiratorio, broncoscopia, induzione di espettorato, terapie in grado di generare nebulizzazione*, NIV, BiPAP, CPAP, ventilazione

ad alta frequenza oscillatoria, ossigenazione nasale ad alto flusso*, tampone nasofaringeo (anche effettuato in comunità), procedure correlate alla tracheotomia/tracheostomia, broncoscopia, chirurgia e procedure autoptiche che includono apparecchiature ad alta velocità*, alcune procedure dentistiche (es. trapanazione ad alta velocità)*, procedure endoscopiche (es. gastrointestinale dove è presente aspirazione aperta del tratto respiratorio superiore).

In questo contesto, i filtranti facciali devono essere raccomandati per gli operatori sanitari impegnati in aree assistenziali dove vengano effettuate procedure a rischio di generazione di aerosol.

L'attività assistenziale prolungata e/o continuata con pazienti sospetti/confermati, in via precauzionale è considerata a maggiore rischio, e come tale, è necessario valutare l'uso dei filtranti facciali in base alla disponibilità e in base alla valutazione del rischio della struttura, effettuata dal datore di lavoro con la collaborazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione e del medico competente.

Dotazione minima di DPI/DM - Nella tabella seguente viene riportata la dotazione di DPI/DM sufficiente a garantire la protezione dell'operatore, in funzione delle vie di trasmissione:

Tipologia di trasmissione	DPI/DM
Droplet/contatto	<ul style="list-style-type: none"> - mascherine chirurgiche (DM opportunamente certificati preferibilmente del tipo IIR o equivalente); - camice idrorepellente o grembiule; - guanti; - - occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera;
Aereosol	<ul style="list-style-type: none"> - facciali filtranti FFP2/FFP3; - camice idrorepellente a maniche lunghe o grembiule; - guanti; - - occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera;

Si evidenzia che i DPI devono essere considerati come una misura efficace per la protezione dell'operatore sanitario solo se inseriti all'interno di un più ampio insieme d'interventi che comprenda controlli amministrativi e procedurali, ambientali, organizzativi e tecnici nel contesto assistenziale sanitario.

La **gestione dei DPI** da parte dei lavoratori ASUGI è disciplinata dalla procedura "Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno degli la protezione degli operatori sanitari e sociosanitari durante lo scenario emergenziale SARS-COV-2.

https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+22_2020+rev.pdf/4e74375d-d7a5-705e-0d68-57768aa2eca4?t=1590750750447

6.2 TECNOLOGIA SANITARIA, LOGISTICA E SPAZI

Il presente capitolo identifica percorsi, aree e dotazioni tecnologiche di supporto all'attività sanitario/assistenziale in ambito ospedaliero per l'area giuliana e isontina.

AREE

Vengono definite tre tipologie di ambienti ospedalieri, ovvero:

1. Area Rossa: area all'interno della quale vi è la presenza di soggetti infetti conclamati.
2. Area Grigia: degenza di pazienti ricoverati in attesa di accertamento diagnostico Covid o con tampone negativo ma per i quali non sia del tutto esclusa l'eziologia COVID;
3. Area Verde: area non di degenza (aree amministrative, di supporto, ambulatori, laboratori, ecc.) non Covid;
4. Area Bianca: area di degenza non Covid

CONSISTENZA E DOTAZIONI TECNICHE

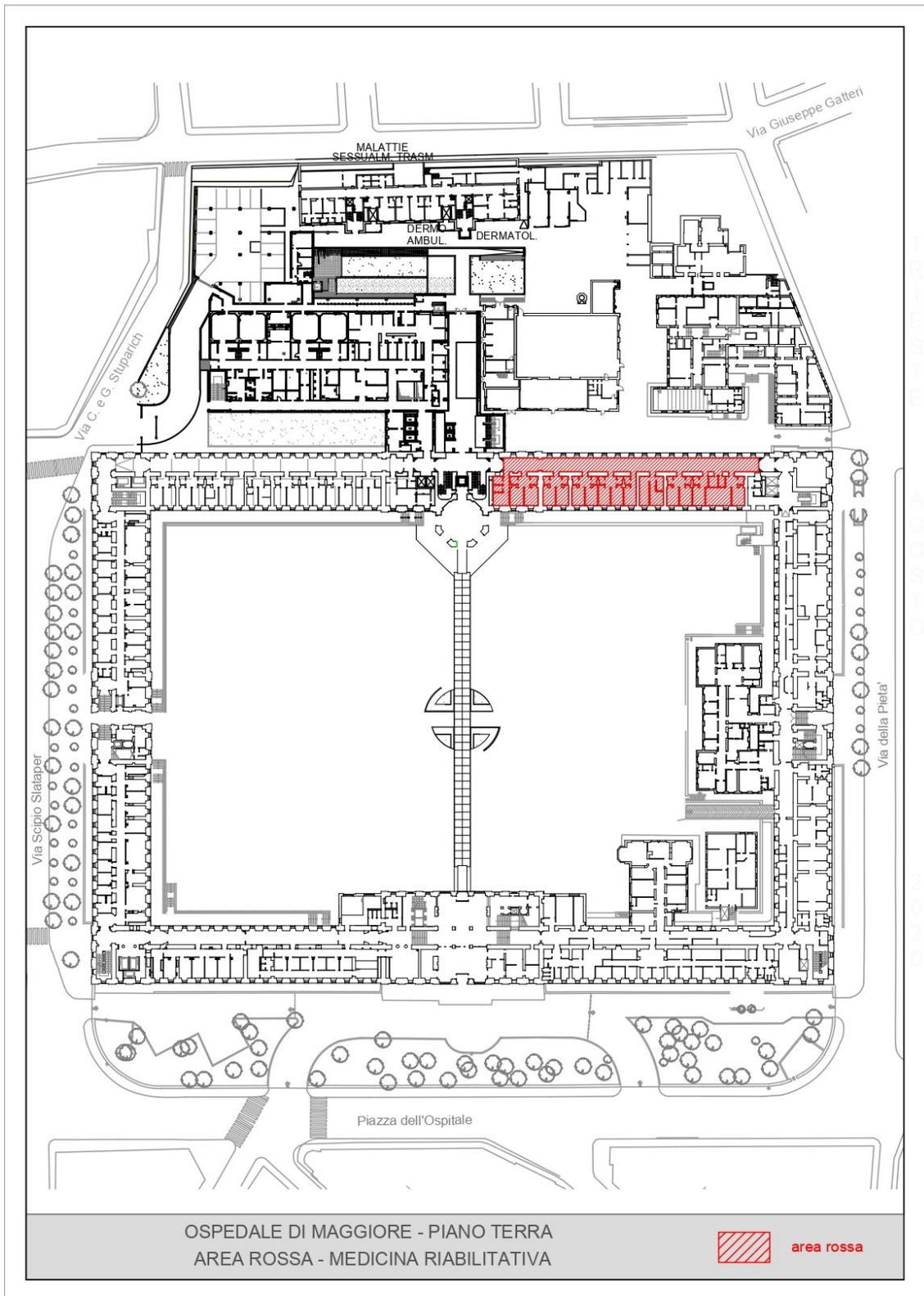
Per ogni area individuata si identificano:

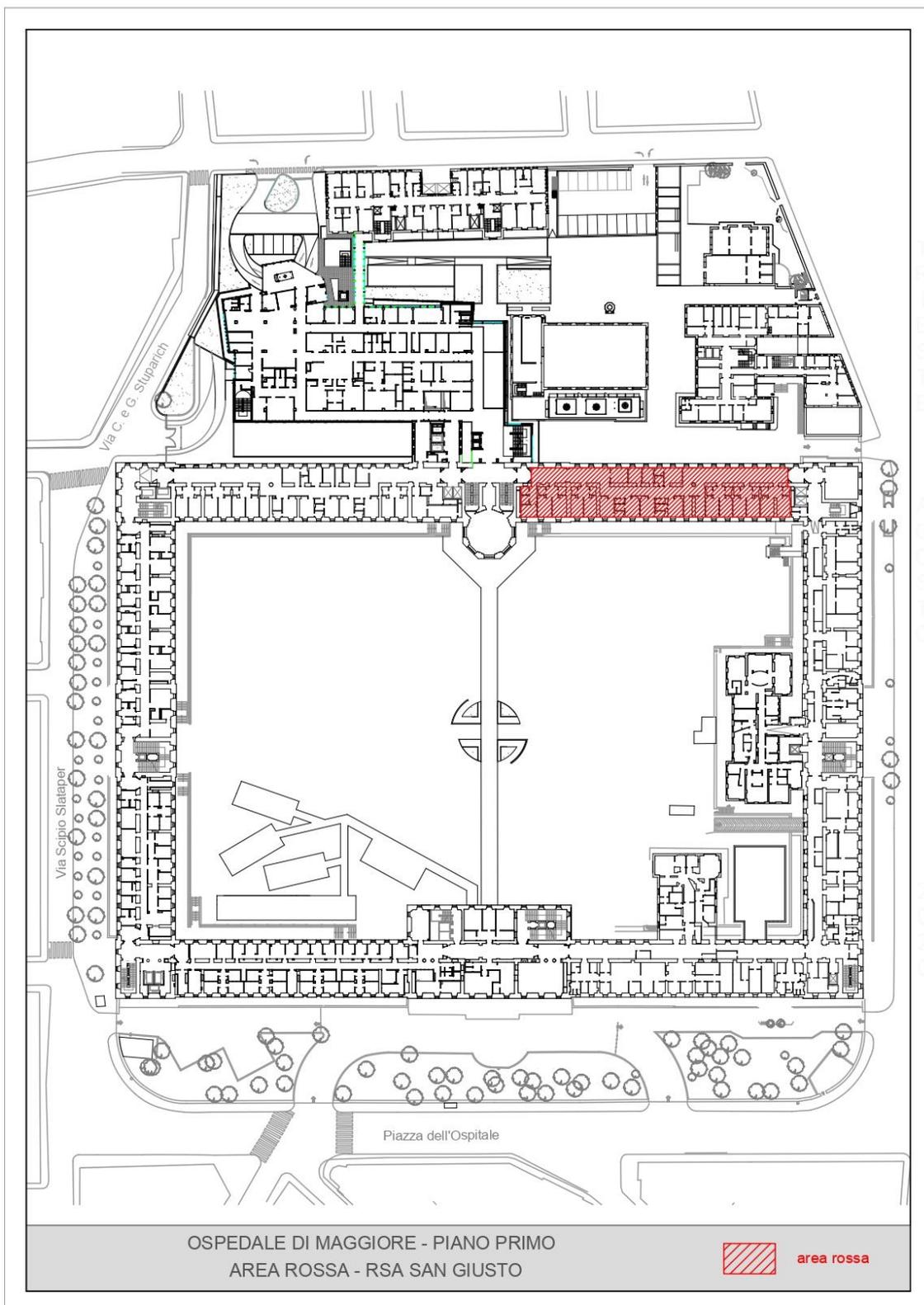
1. requisiti edili ed impiantistici (qualità dell'aria, gradiente di pressione interna, vincoli e caratteristiche particolari, ecc.);
2. dotazioni elettromedicali;
3. caratteristiche degli impianti IT.

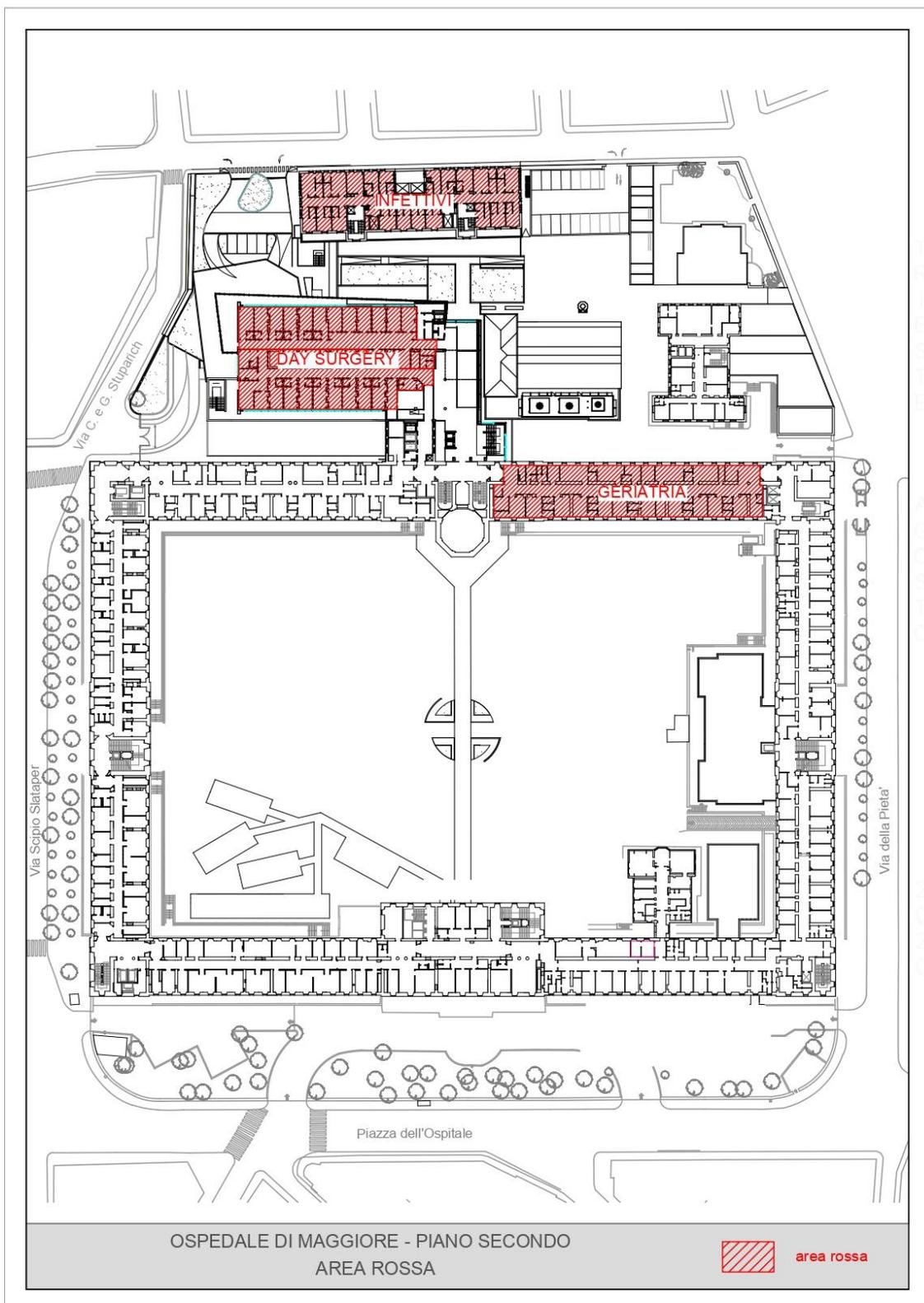
Si riportano qui di seguito le planimetrie di insieme di entrambi gli ospedali, con l'identificazione delle aree rosse. Ad integrazione delle stesse, ove necessario, si riportano ulteriori planimetrie di dettaglio.

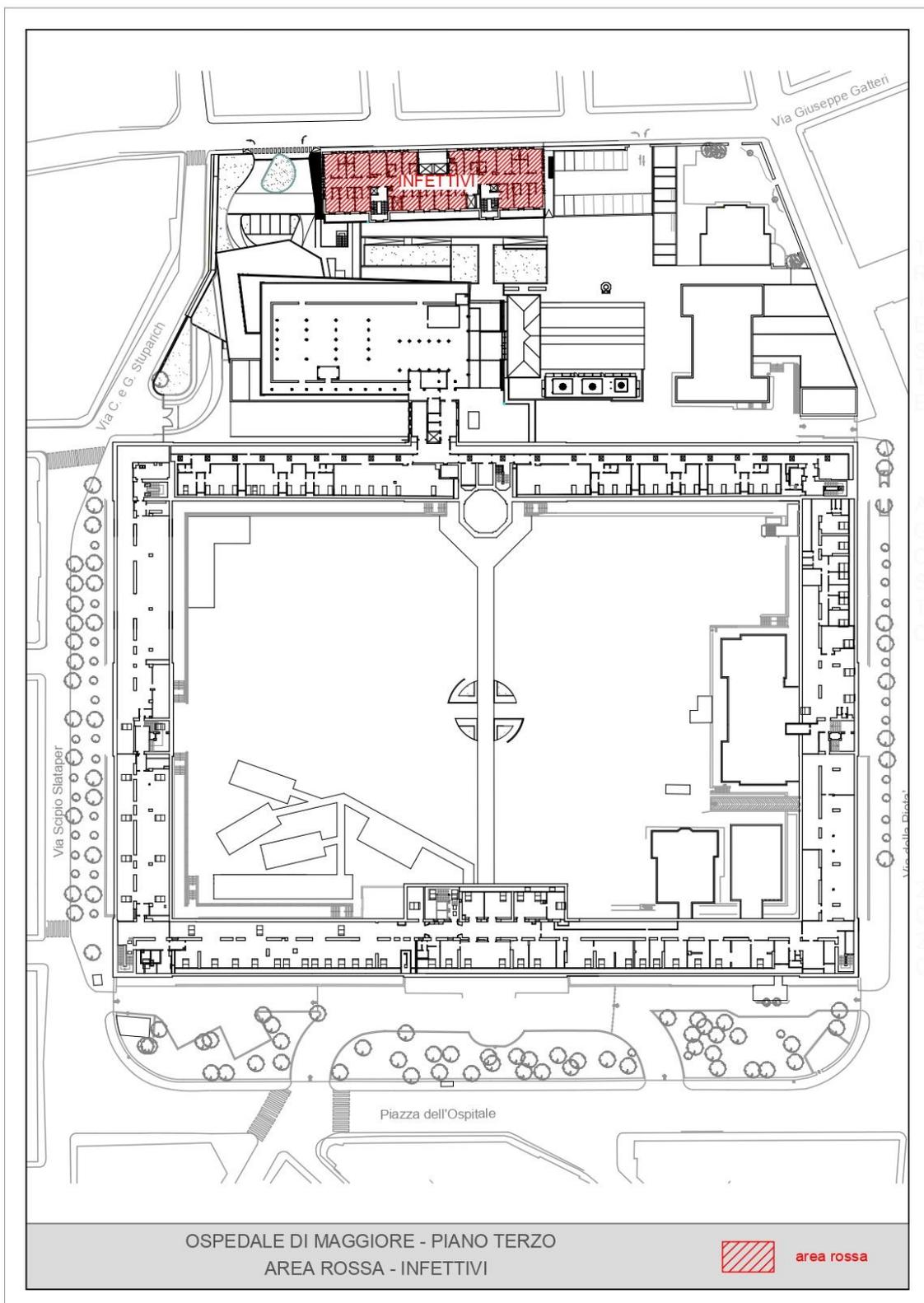
AREA GIULIANA

OSPEDALE MAGGIORE



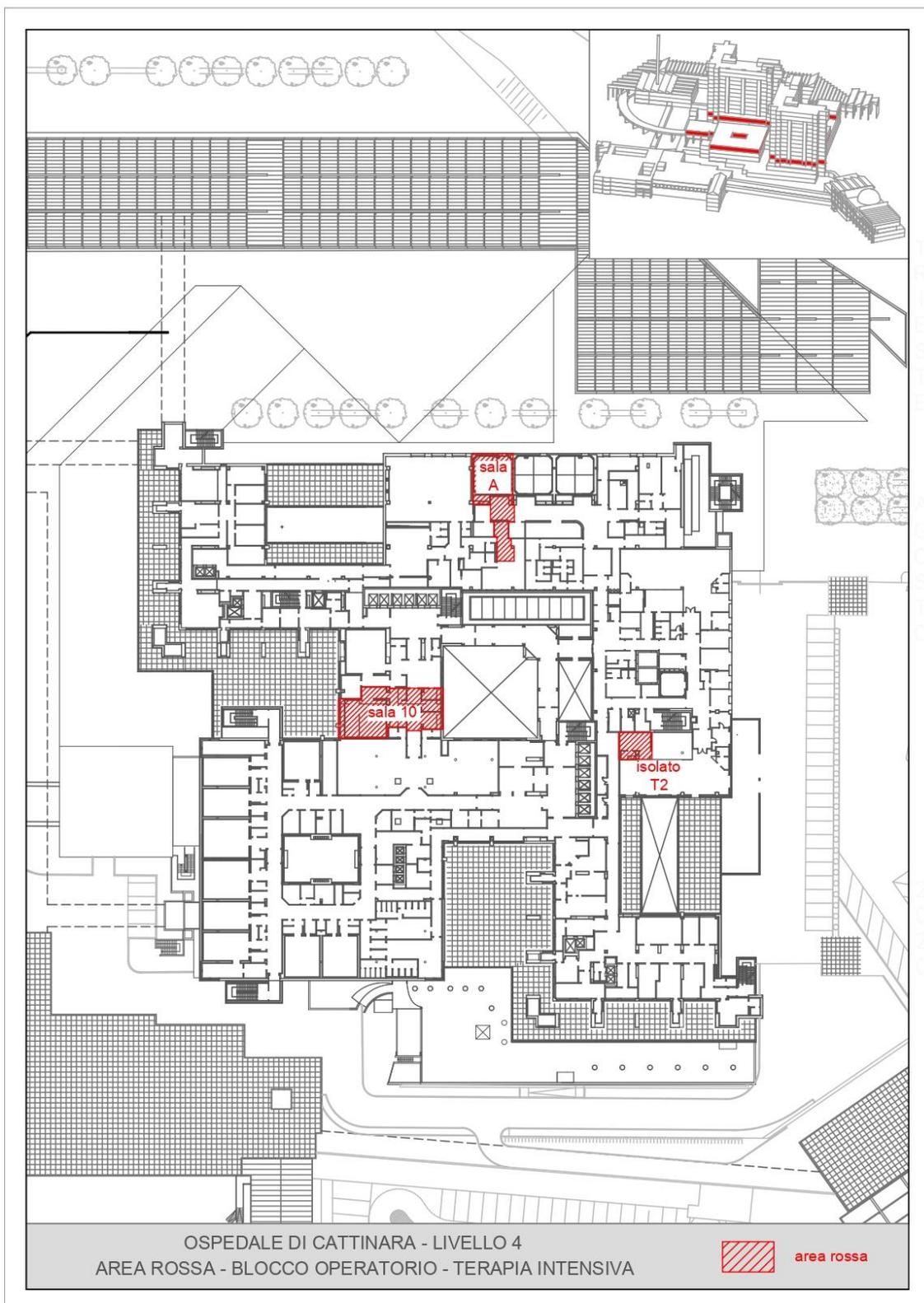


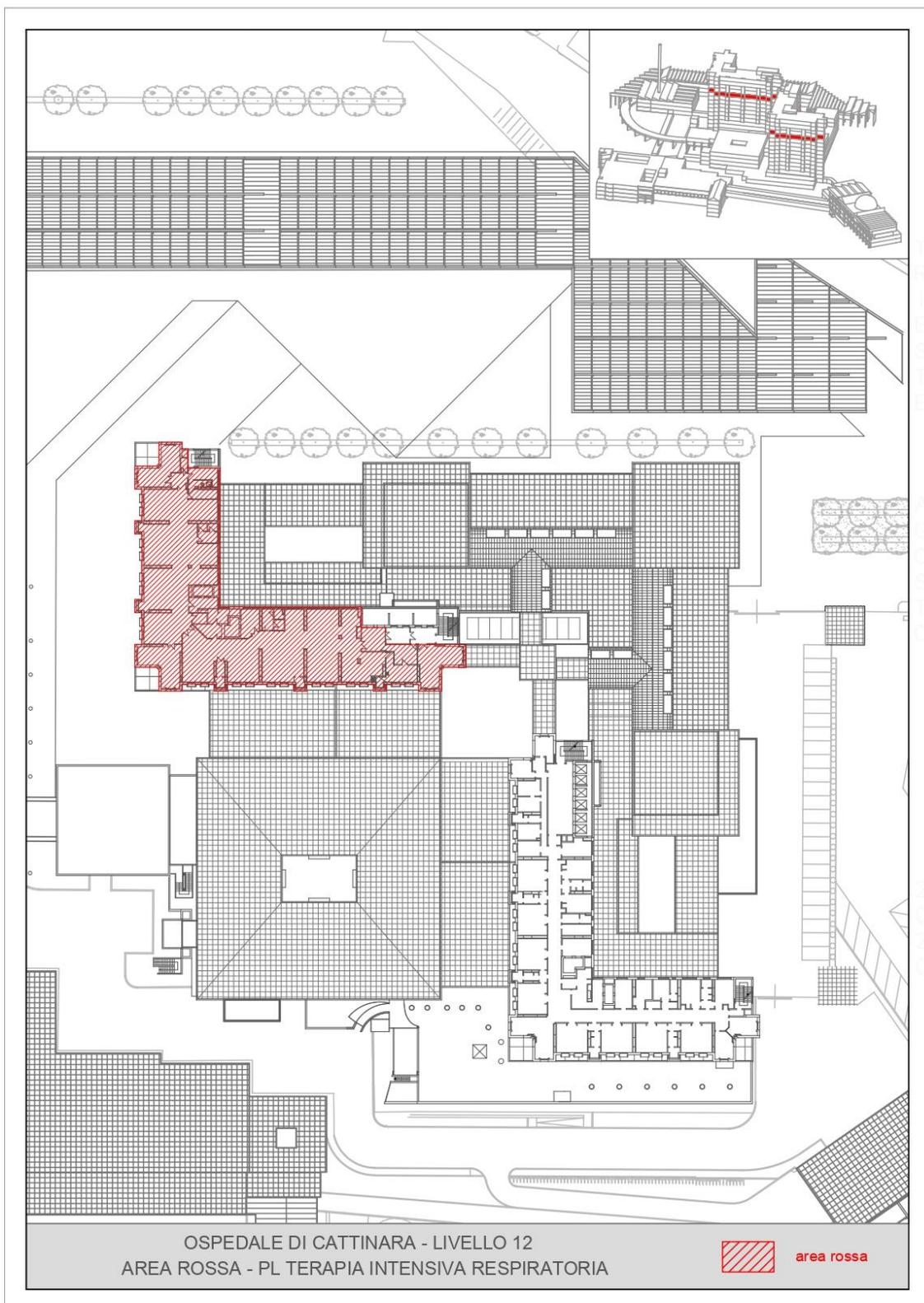


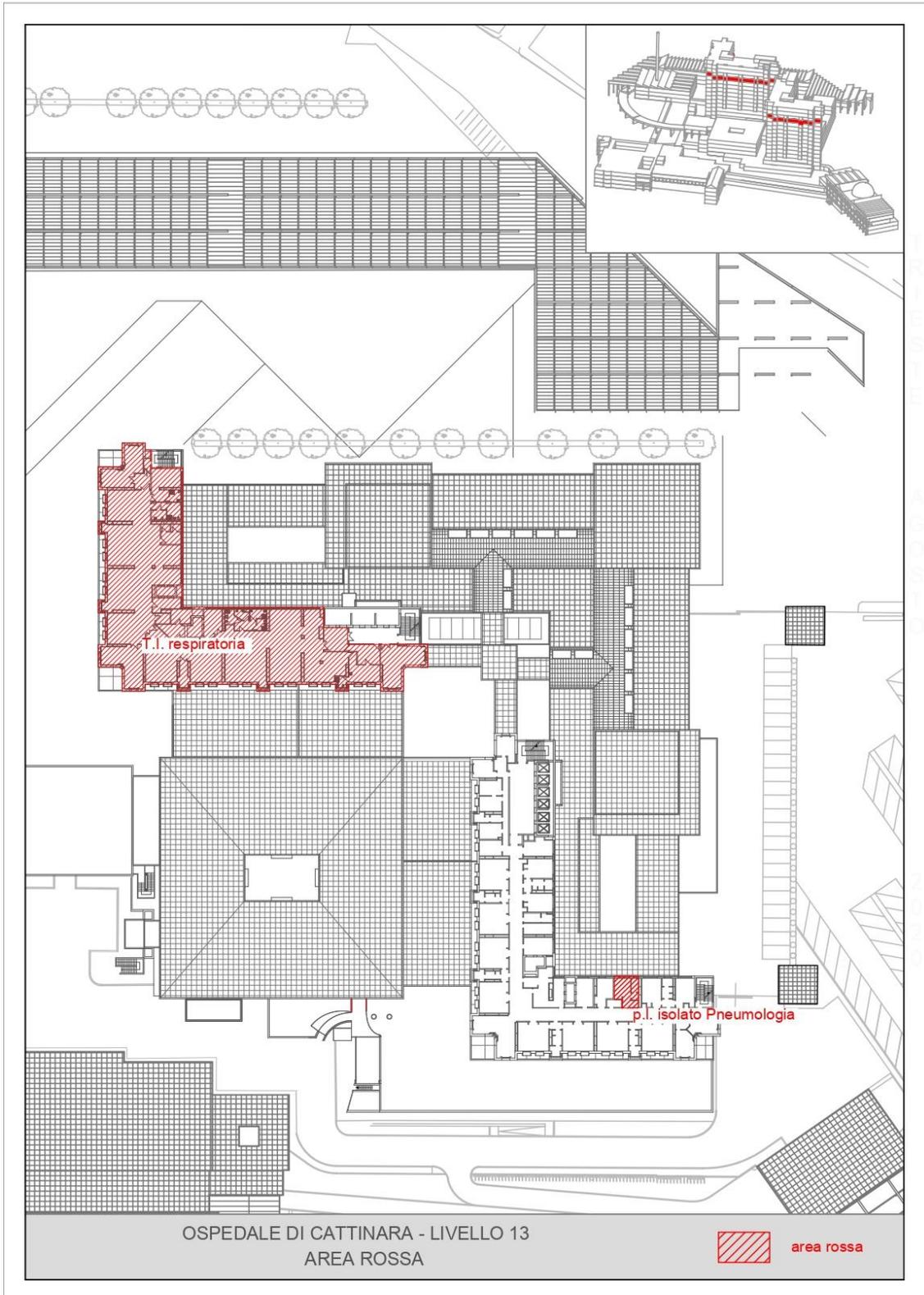


OSPEDALE DI CATTINARA





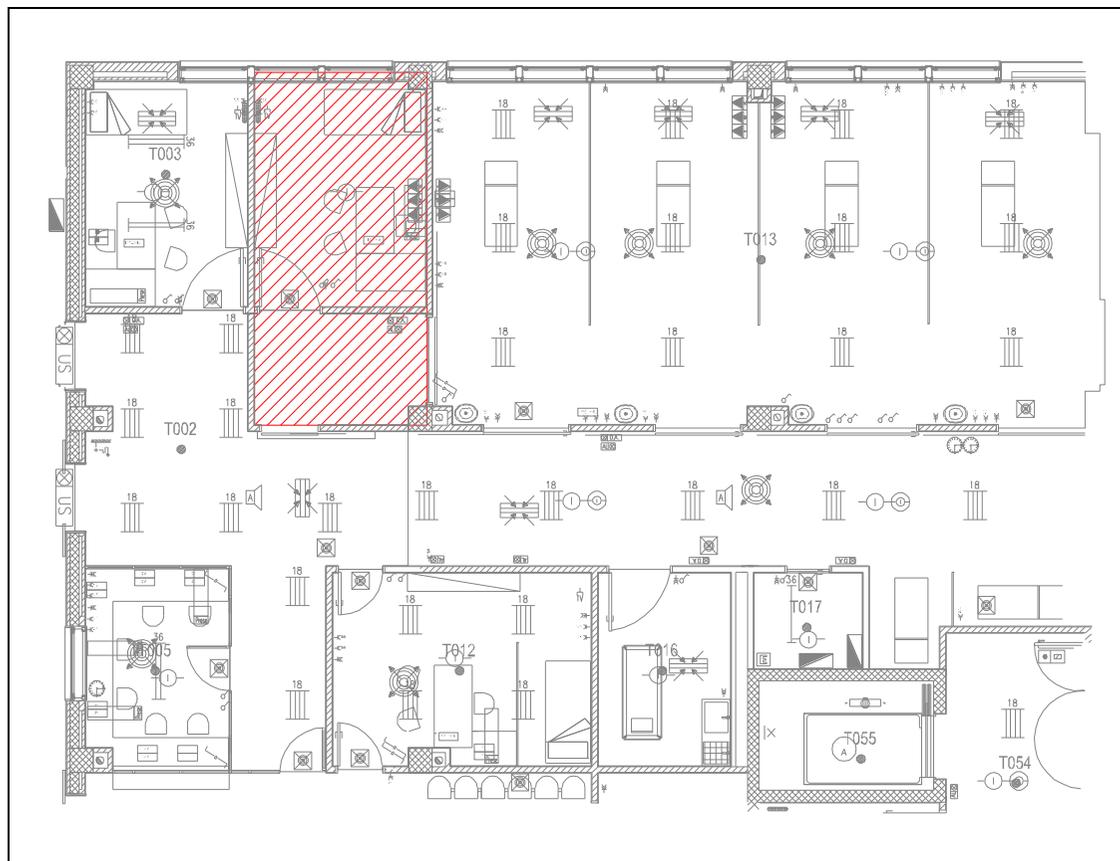




AREA ISONTINA

OSPEDALE DI GORIZIA - Stanza Pronto Soccorso





pianta piano terra

Nota:

- il locale n. 48 sito al piano terra dell’Ospedale di Gorizia, individuato in rosso nella planimetria sopra riportata, entro il mese di settembre 2020, verrà dotato di un filtro d’ingresso e di un impianto di trattamento dell’aria a pressione negativa o positiva per pazienti infetti da COVID-19;
- è allo studio la soluzione che permetta di “servire” impiantisticamente anche il locale attiguo così da ricavare anche una seconda stanza avente le medesime caratteristiche.

CONTAINER DI PRE-TRIAGE e LOCALI INTERNI

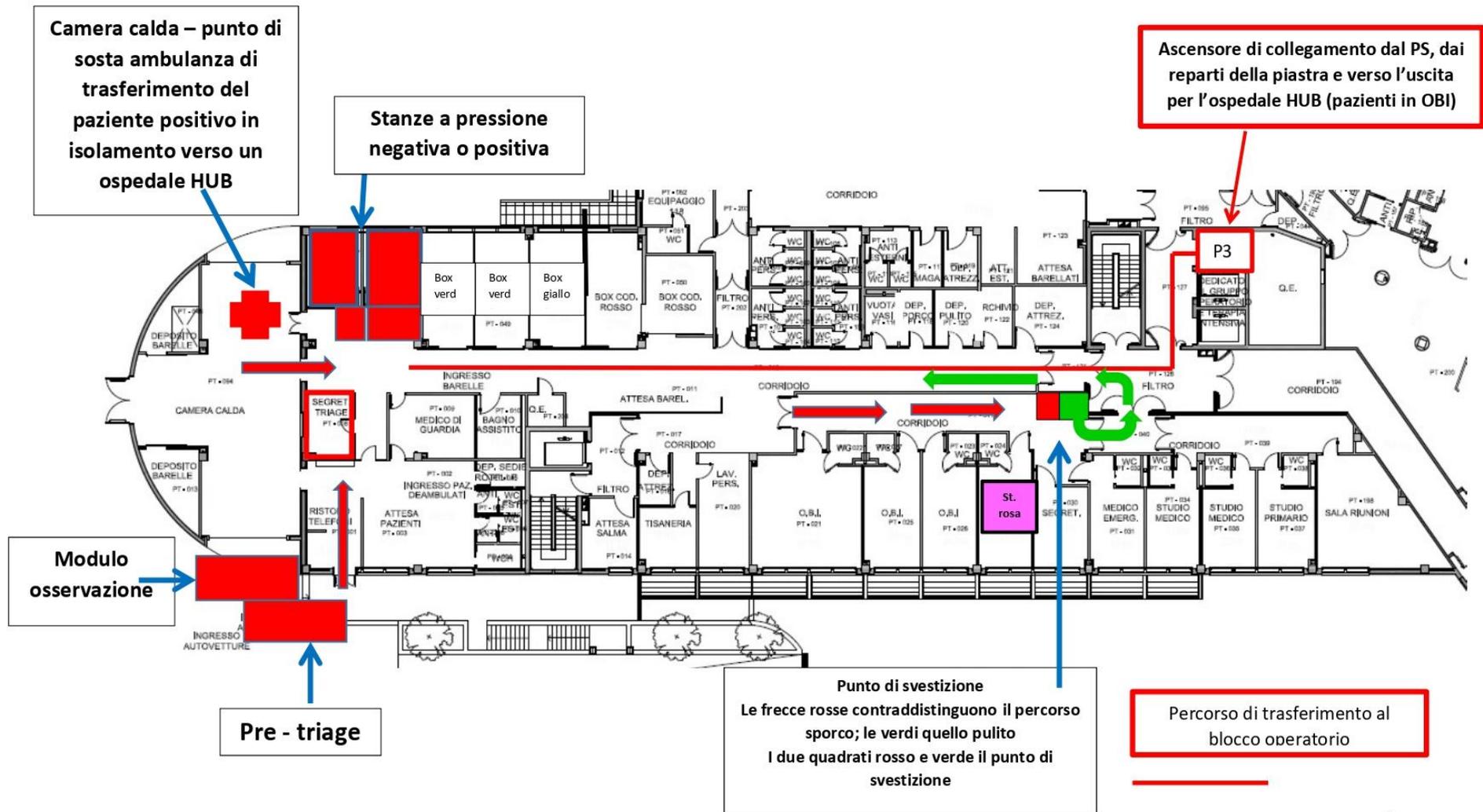
Nel container è allestita una postazione costituita da un banchetto dotato di schermo parafiato e una seduta per il paziente.

Sanificazione tra un paziente e l'altro (a carico del personale della Struttura laddove presente OSS/Ausiliario ovvero personale volontario):

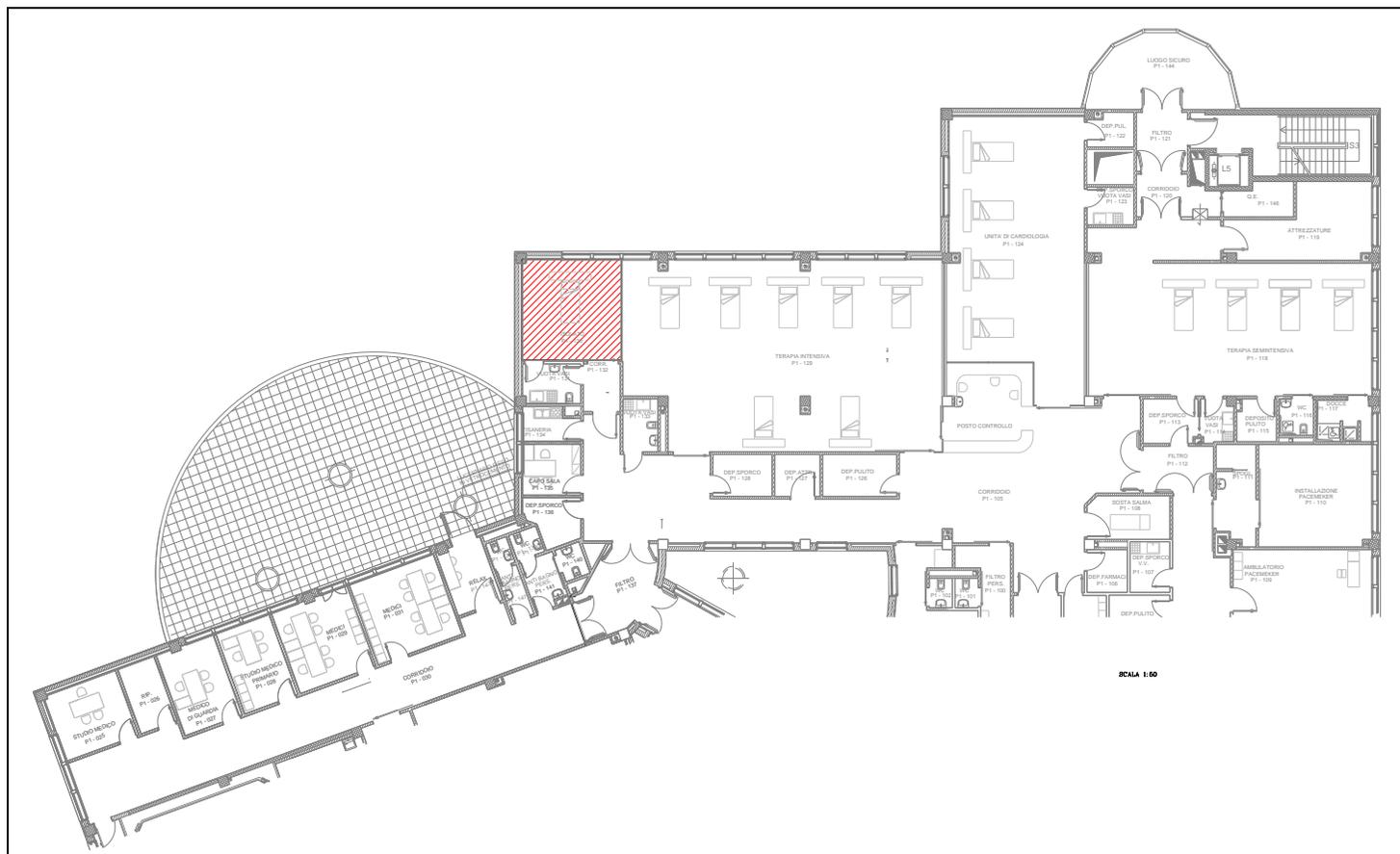
- Maniglie, seduta, gancio appendiabiti, sedie utilizzate dal paziente, lettino, arredi
- Scrivania, tastiera computer e mouse, penne
- Apparecchiature

La sanificazione prevede 3 passaggi consecutivi: rimozione dello strumentario e del materiale infetto e primo passaggio di disinfezione; seconda disinfezione di tutte le superfici ambulatoriali contaminate; terza disinfezione; aereazione con apertura delle finestre per 5-10 minuti. Il personale provvederà anche alla apertura delle finestre per permettere di arieggiare il locale dopo l'esecuzione della prestazione.

Nel caso della stanza dedicata all'isolamento, questa sarà ulteriormente trattata mediante ozono.



Reparto di Terapia Intensiva, stanza "isolato"



pianta 1° piano

Nota:

- i posti letto disponibili in terapia intensiva sono in numero di otto, di cui uno, entro fine settembre 2020, a pressione positiva o negativa per paziente Covid -19, i cui lavori impiantistici saranno completati entro settembre 2020 (locale n. 130 al piano primo "Isolato" individuato nella planimetria sopra esposta con colore rosso);

Caratteristiche tecniche

La normativa di riferimento è la seguente:

- DPR 26 agosto 1193, n. 412;
- DPR 14 gennaio 1997;
- DRG 3586 del 30 dicembre 2004;
- Linee guida emesse dal *World Health Organization WHO* - "*Clinical management of sever acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected*" - Edizione 13 marzo 2020;
- UNI 11425 - Impianti di ventilazione e condizionamento a contaminazione controllata - 2011;
- Linee guida AICARR per la riduzione del rischio di diffusione del SARS-CoV-2-19.

Per le linee guida emesse dal WHO sono previste le seguenti condizioni alla tabella 3:

- Ventilazione (aria esterna senza ricircolo) 12 Vol/h o almeno 160 l/s paziente;
- Locale in pressione positiva/negativa.

Le linee guida dell'AICARR sono focalizzate essenzialmente al contenimento della diffusione del SARS-CoV-2-19 che prevede essenzialmente:

- Messa in depressione degli ambienti;
- Consiglio di incrementare una portata dell'aria esterna nelle terapie intensive al valore di 10/12 Vol/h;
- Sostituzione dei filtri assoluti.

Condizioni termoigrometriche esterne

Le condizioni assunte a riferimento della prestazione nominale degli impianti sono le seguenti:

- Temperatura invernale esterna di progetto: -5°C (bulbo secco);
- Umidità invernale: 80 %;
- Temperatura estiva esterna di progetto: 35 °C;
- Umidità esterna estiva di progetto: 50 %;
- Gradi giorno: 2333 °C;
- Zona climatica: E.

Condizioni termoigrometriche interne:

Le condizioni assunte a riferimento della prestazione nominale degli impianti sono le seguenti:

- Temperatura interna di progetto: 20-24°C;
- Umidità interna: non controllata in inverno - pari a 50 % in estate.

Affollamenti considerati:

- N° pazienti: 1 persona;

Portate d'aria esterna (Qop):

- Volume locale: 67,5 m³;
- Portata d'aria esterna minima in base ai 12 Vol/h: 810 m³/h;
- Portata d'aria esterna pari a 160 l/s paziente: 576 m³/h;
- Portata d'aria immessa nel locale: 920 m³/h pari a 13,63 Vol/h;
- Portata d'aria estratta in funzione del valore di pressione/depressione da tenere in ambiente.

Caratteristiche di filtrazione aria:

- Filtri HEPA H14 sia sui diffusori di mandata che quelli di ripresa.

Classificazione impianto elettrico:

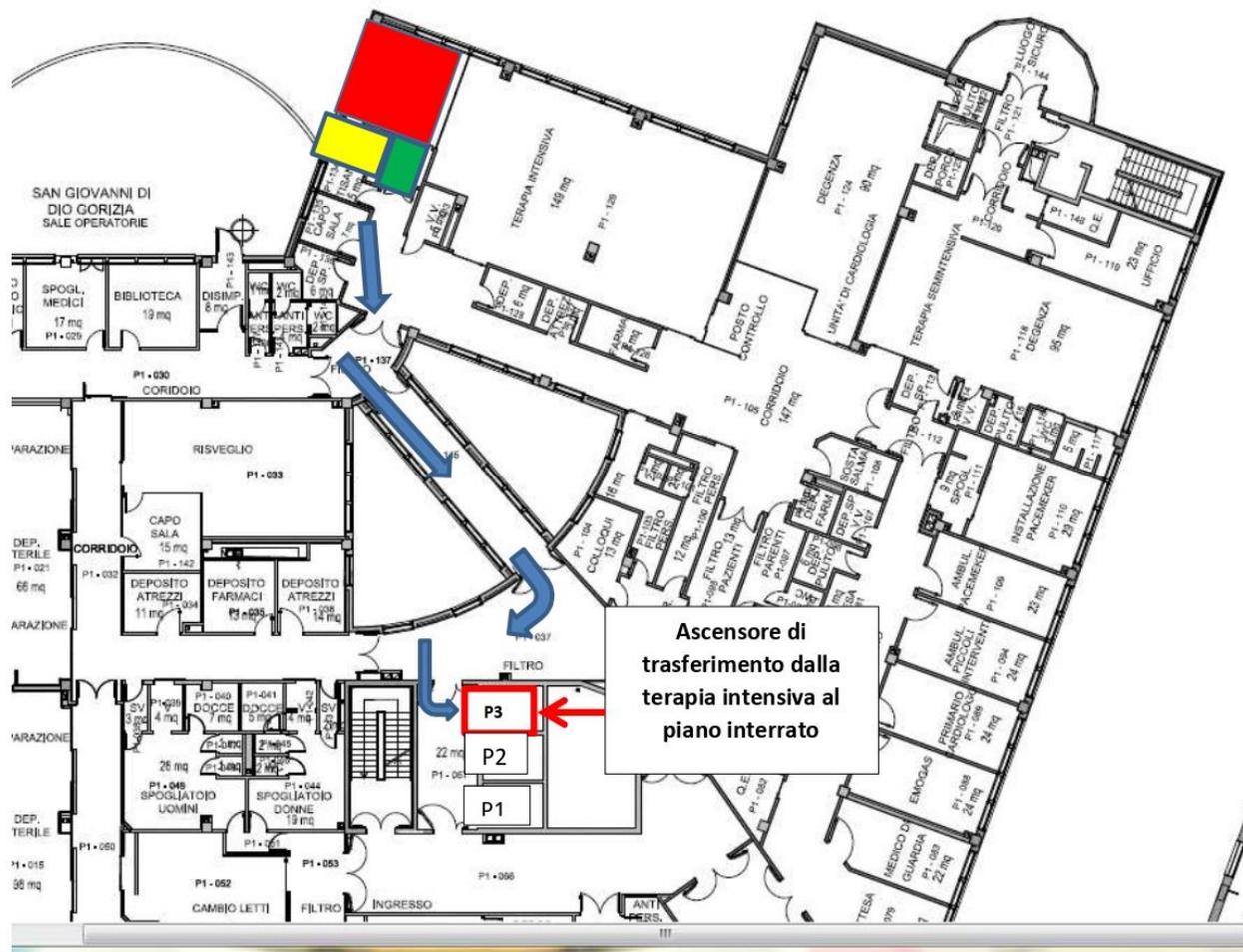
- Gruppo 2.

Vettori energetici:

- Acqua calda per riscaldamento: 50/40°C;
- Acqua refrigerata: 7/12 °C;
- Energia elettrica: 400/3/50 V ± 5%.

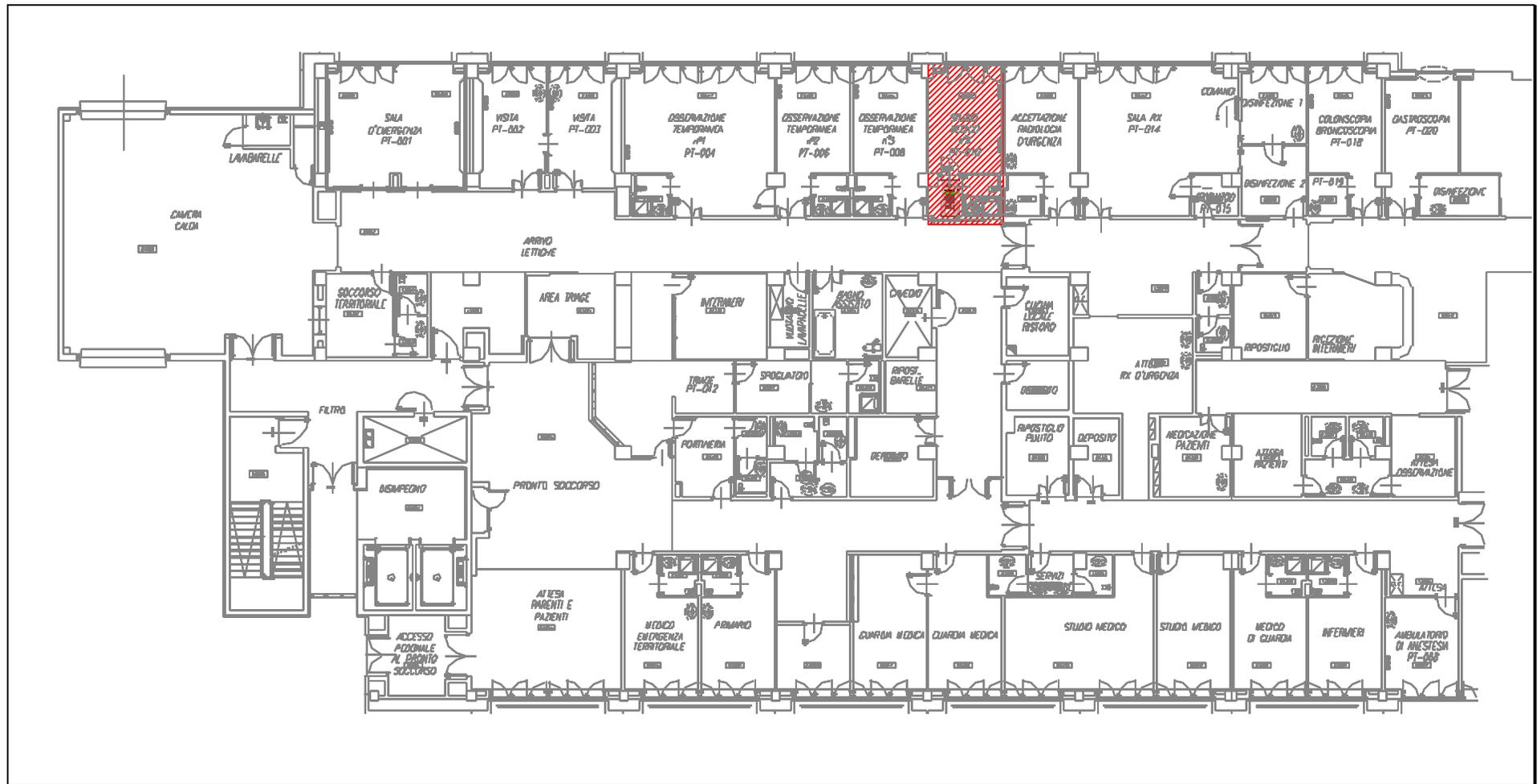
Impianto gas medicali: A monte del reparto, la portata di ossigeno nominale pari a 300 NI/min. Ogni posto letto di terapia intensiva e sub intensiva gode di una portata di ossigeno pari a 45 NI/min.

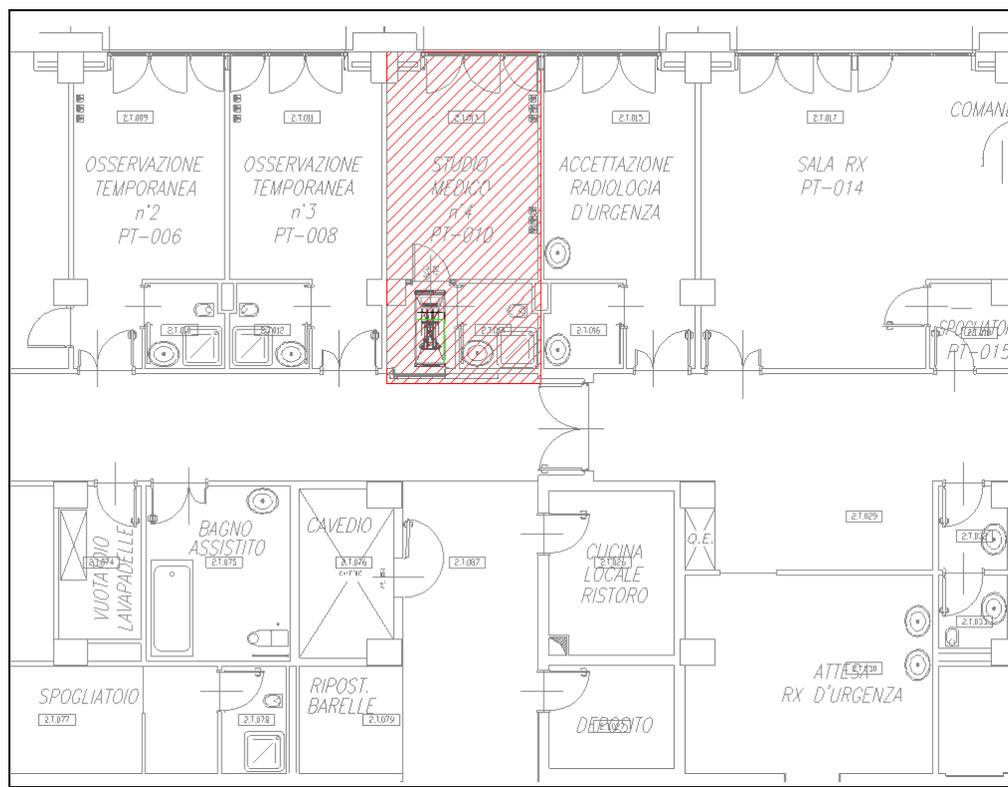
Percorso di trasferimento verso Ospedale HUB – piano primo – terapia intensiva



**U
S
C
I
T
A**

OSPEDALE DI MONFALCONE – Stanza Pronto Soccorso





pianta piano terra corpo C.

Nota: il locale n. PT 010 al piano terra, attuale Studio Medico dell’Ospedale di Monfalcone (individuato in rosso nella planimetria sopra riportata), entro il mese di settembre 2020, verrà dotato di un filtro d’ingresso e di un impianto di trattamento dell’aria a pressione negativa o positiva per pazienti infetti da COVID-19.

CONTAINER DI PRE-TRIAGE e LOCALI INTERNI

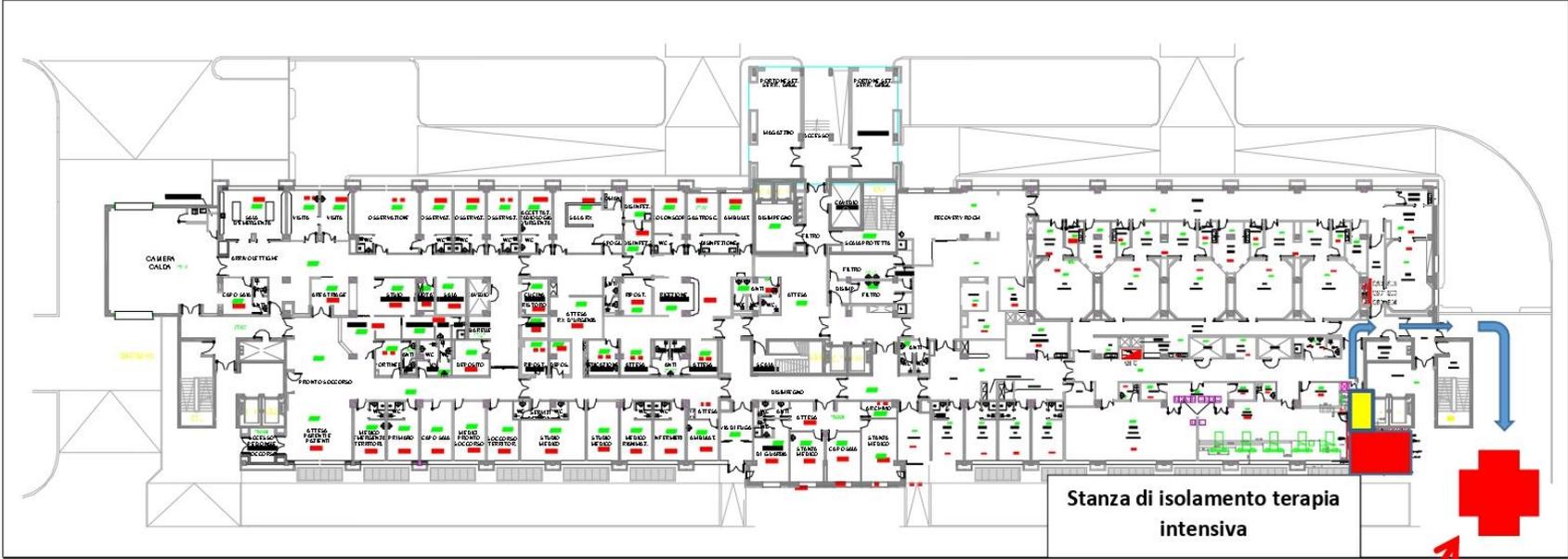
Nel container è allestita una postazione costituita da un banchetto dotato di schermo parafiato e una seduta per il paziente.

Sanificazione tra un paziente e l'altro (a carico del personale della Struttura laddove presente OSS/Ausiliario ovvero personale volontario):

- Maniglie, seduta, gancio appendiabiti, sedie utilizzate dal paziente, lettino, arredi
- Scrivania, tastiera computer e mouse, penne
- Apparecchiature

La sanificazione prevede 3 passaggi consecutivi: rimozione dello strumentario e del materiale infetto e primo passaggio di disinfezione; seconda disinfezione di tutte le superfici ambulatoriali contaminate; terza disinfezione; aereazione con apertura delle finestre per 5-10 minuti. Il personale provvederà anche alla apertura delle finestre per permettere di arieggiare il locale dopo l'esecuzione della prestazione.

**Percorso di uscita del paziente COVID per trasferimento verso
Ospedale HUB**



**Punto di attesa
dell'ambulanza di
trasferimento
all'Ospedale HUB**

6.3 FORMAZIONE, EQUIPE PSICO-SOCIALE DELL'EMERGENZA

6.3.1 FORMAZIONE CONTINUA

Cosa è stato fatto

La pandemia da Covid-19 ha colpito il servizio sanitario di sorpresa, con rapidità e forza, gli operatori sanitari si sono trovati a dover curare molte persone affette da una malattia nuova e poco conosciuta, ad agire comportamenti idonei a lavorare in sicurezza, per proteggere se stessi, evitando la diffusione del contagio e a riorganizzare i servizi in rapporto all'emergenza. La riflessione critica sulle pratiche e sugli esiti, il confronto all'interno delle equipe e tra le equipe, lo studio della letteratura scientifica e lo scambio con altre organizzazioni, hanno permesso di apprendere e perfezionare progressivamente i propri comportamenti professionali.

Tuttavia un'Azienda sanitaria non può contare solo sugli apprendimenti "informali" che si sviluppano dall'esperienza ed, anche in occasione della pandemia, la formazione continua del personale ha supportato ed accompagnato il cambiamento organizzativo, favorendo l'acquisizione, il consolidamento, l'adeguamento delle competenze degli operatori in rapporto alle specifiche responsabilità e necessità emergenti.

Sono state, quindi, messe in campo attività, formalizzate ed accreditate ai fini ECM, di formazione generale sul corretto uso dei dispositivi di protezione individuale, rivolte a tutto il personale ed attività specifiche per i professionisti impegnati in prima linea nelle attività di prevenzione, diagnosi e cura (Vedi tabella 1, punti 1 - 4).

La pandemia ha determinato, pertanto, la necessità di modificare completamente la programmazione 2020 delle attività di formazione; le modalità di erogazione, privilegiando le attività sul campo o a distanza ed i destinatari.

La revisione del Piano formativo 2020 è stata realizzata attraverso una procedura di analisi del fabbisogno semplificata, che è stata inviata a tutti i Responsabili delle articolazioni aziendali, al fine di rilevare sulla base di criteri di priorità e di effettiva necessità, uniti alla concreta possibilità di realizzare gli eventi, quali corsi si svolgeranno nel secondo semestre 2020 (anche in modalità di videoconferenza) e quali saranno rinviati al 2021.

Gli eventi formativi residenziali sono stati riprogettati adeguando il programma formativo alle disposizioni nazionali ^{1, 2, 3, 4, 5} e regionali ^{6, 7, 8}. Per i corsi dell'area dell'emergenza si è tenuto conto delle indicazioni dell'*European resuscitation Council* (ERC) ⁹; dell'*Italian resuscitation Council* (IRC) ¹⁰; dell'*American Hearth Association* (AHA) ^{11, 12} e del Ministero della Sanità ¹³.

La S.C. Staff, innovazione, sviluppo organizzativo e formazione ha messo a punto la specifica procedura *Riorganizzazione e gestione dei corsi di formazione in presenza durante l'emergenza epidemiologica da COVID-19*, che sarà eventualmente rivista in rapporto all'emergere di nuove criticità o di nuove indicazioni normative.

(Intranet http://www.aouts.sanita.fvg.it/servlet/page?_pageid=57&_dad=paouts&_schema=PAOUTS&idcat=190)

La responsabilità della salute pubblica ha imposto di formare non solo al personale di ASUGI, ma anche i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera scelta e gli operatori delle strutture residenziali (Vedi tabella 1, punti 5 e 6). La sinergia e l'integrazione, infatti, risultano strategiche per fronteggiare, in modo efficace ed efficiente, una situazione di emergenza che richiede comportamenti responsabili da parte di tutta la popolazione.

Denominazione	Programma	Destinatari
1. Formazione sul campo: COVID-19 corretto utilizzo dei D.P.I. (ASUGI_00156)	http://ecm.sanita.fvg.it/it/web/ecm/ecm/dettaglioevento?idEvento=23090&idEdizione=50901	Altri partecipanti esclusi dall'obbligo dei crediti Tutte le professioni con l'obbligo dei crediti
2. Formazione per operatori sanitari coinvolti nella gestione del malato COVID-19 (ASUGI_00232)	http://ecm.sanita.fvg.it/it/web/ecm/ecm/dettaglioevento?idEvento=23328&idEdizione=51261	Medici chirurghi Infermieri
3. Psicologia dell'emergenza al tempo del COVID-19 (ASUGI_00211)	http://ecm.sanita.fvg.it/it/web/ecm/ecm/dettaglioevento?idEvento=23209&idEdizione=51067	Psicologi e Psicoterapeuti
4. Psicologia dell'emergenza e Critical Incident Stress Management (le tecniche del defusing e dei debriefing)	Non ancora inserito a catalogo	Psicologi e Psicoterapeuti
5. Formazione sul campo: Task Force Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta durante il COVID-19	http://ecm.sanita.fvg.it/it/web/ecm/ecm/dettaglioevento?idEvento=23281&idEdizione=51164	Medici di Medicina generale Pediatri di libera scelta
6. Addestramento per operatori sanitari coinvolti nella gestione del malato Covid-19 (ASUGI_00212)	http://ecm.sanita.fvg.it/it/web/ecm/ecm/dettaglioevento?idEvento=23213&idEdizione=51071	Medici chirurghi Infermieri
7. Emergenza COVID-19: progetto per il monitoraggio dell'infezione nelle strutture residenziali (cod. ASUGI_00226)	http://ecm.sanita.fvg.it/it/web/ecm/ecm/dettaglioevento?idEvento=23286&idEdizione=51175	Psicologi e Psicoterapeuti

Tabella 1: attività di formazione accreditata ECM avviata o in fase di avvio in ASUGI

Il futuro

L'impegno di ASUGI per la formazione, in una situazione di pandemia si declina nel:

- favorire un buon clima organizzativo che faciliti l'apprendimento attraverso lo scambio di saperi e la riflessione sulle esperienze;
- intercettare tempestivamente i fabbisogni formativi ed avviare celermente attività coerenti con le esigenze individuate. La Rete dei Referenti per le attività di formazione di ASUGI costituiscono una risorsa importante per supportare la progettazione e la realizzazione delle iniziative che, anche in considerazione dei tempi richiesti dalle procedure ECM, si svolgeranno prevalentemente sul campo (FSC);
- fornire a tutti gli operatori sanitari e delle strutture residenziali il pacchetto di autoapprendimento sulle principali norme di sicurezza per la protezione individuale e per evitare la diffusione del contagio messo a punto per l'attività di formazione rivolta al personale delle strutture residenziali, che sarà eventualmente aggiornato in rapporto all'evoluzione della situazione pandemica (https://asugi.sanita.fvg.it/it/schede/covid_19.html). Si tratta di una serie di filmati della durata di circa 20', curata da professionisti aziendali, sui seguenti temi
 - COVID-19 e fragilità;
 - Utilizzo corretto dei DPI;

- Isolamento, distanziamento sociale e norme di sicurezza per gli operatori e la struttura;
- Gestione dei tamponi;
- Evoluzione delle procedure in rapporto alla situazione pandemica;
- mettere a disposizione sul sito procedure aziendali, materiali didattici e collegamenti ad altri siti verificati, di facile consultazione a cui tutti possano attingere per avere informazioni ed indicazioni aggiornate, di carattere tecnico professionali e per facilitare la relazione con il malato e i familiari https://asugi.sanita.fvg.it/it/schede/covid_19.html (Vedi Paragrafo: materiali e siti utili);
- promuovere attività che consentano ai professionisti di sviluppare la dimensione relazionale della cura, tanto più importante nella situazione di isolamento e di distanziamento sociale, imposti dalla pandemia;
- fornire indicazioni operative per lo svolgimento in sicurezza delle attività (eventuale aggiornamento procedura *Riorganizzazione e gestione dei corsi di formazione in presenza durante l'emergenza epidemiologica da COVID-19* (http://www.aouts.sanita.fvg.it/servlet/page?_pageid=57&_dad=paouts&_schema=PAOUTS&idcat=190);
- favorire spazi di incontro (anche a distanza) in cui ciascun professionista possa condividere vissuti ed esperienze, anche attraverso le *Health Humanities*.

La dinamicità della situazione pandemica richiede un costante aggiornamento delle informazioni e dei materiali didattici che saranno pubblicate sul sito ASUGI all'indirizzo https://asugi.sanita.fvg.it/it/schede/box_covid.html (informazioni generali)

https://asugi.sanita.fvg.it/it/schede/covid_19.html (informazioni per i professionisti)

The screenshot shows the 'RICERCA EVENTI' (Search Events) form on the ECM fvg website. The page header includes the logo 'ECM fvg' and the text 'Portale per la formazione continua in Sanita' e per l'ECM della Regione Friuli Venezia Giulia'. The navigation menu contains 'Home', 'Normativa', 'Organi e strutture', 'Manuali e documentazione', 'Piano regionale', and 'Link utili'. The breadcrumb trail is 'Home / Offerta Formativa Regionale / Catalogo'. The search form includes the following fields and options:

- Utente collegato: Anonimo
- Periodo di inizio attività: da 03/2020 a 12/2020
- Luogo di svolgimento: Regione (FRIULI VENEZIA GIULIA), Provincia (-), Estero (checkbox)
- Tipo attività: Tutte, Solo RES, Solo FSC, Solo FAD
- Edizioni: Solo edizioni in programma, Tutte
- Professione: Tutte le professioni
- Disciplina: Tutte le discipline
- Iscrizioni Online: Tutti i corsi, Solo online
- Organizzatore: Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
- Parola contenuta nel Titolo dell' attività: (testo libero) covid

At the bottom of the form, there is a 'torna alla home' button and a 'cerca' (search) button.

Figura 1: Catalogo ECM

Il catalogo per le attività formative accreditate ECM è disponibile all'indirizzo <http://ecm.sanita.fvg.it/ecm/catalogo> (vedi Figura 1)

(NB: l'attività a catalogo può essere già iniziata, pertanto nel campo Periodo inizio attività inserire da marzo a dicembre 2020; selezionare Friuli Venezia Giulia dal menù a tendina; Edizioni: cliccare su tutte; testo libero COVID).

NB: Per facilitare la ricerca, nel titolo di tutte le attività riferite alla pandemia sarà inserita la parola COVID.

Materiali e siti utili

Alle pagine

https://asugi.sanita.fvg.it/it/schede/box_covid.html

https://asugi.sanita.fvg.it/it/schede/covid_19.html

sono pubblicati documenti e video aggiornati a cura di ASUGI.

Di seguito l'elenco di alcuni siti accreditati in cui sono pubblicati documenti e tutorial.

Informazioni e aggiornamenti sull'epidemia	https://www.iss.it/coronavirus Sito curato dall'Istituto Superiore di Sanità https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019 Sito curato dall'organizzazione Mondiale della Sanità https://www.regione.fvg.it/rafvf/cms/RAFVG/salute-sociale/COVID19/argomento.html Sito curato dalla regione Friuli Venezia Giulia
COVID-19 per i professionisti sanitari	European Centre for Disease Prevention and Control Prevenzione e controllo delle infezioni per l'assistenza ai pazienti con 2019-nCoV nelle strutture sanitarie: https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/Prevenzione%20e%20controllo%20delle%20infezioni%20nell'assistenza%20ai%20pazienti%20con%202019-nCoV%20nelle%20strutture%20sanitarie%20-%20Siti.pdf https://www.youtube.com/channel/UCd2rd2RjAbwkqBVQnweE51Q/videos in questo canale di YouTube l'Azienda Zero della Regione Veneto sono pubblicati videotutorial, in diverse lingue, per l'esecuzione di procedure tecniche
Rianimazione Cardiopolmonare	https://www.ircouncil.it/wp-content/uploads/2020/03/001.ISTRUZIONI_CORONAVIRUS.pdf Raccomandazioni di Italian Resuscitation Council per operatori sanitari
Comunicazione e relazione	http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Come%20comunicare%20con%20i%20familiari%20in%20condizioni%20di%20completo%20isolamento.pdf Documento intersocietario SIAARTI, Aniarti, SICP e SIMEU https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/rapporto-covid-19-40-2020.pdf
Riflessioni etiche	https://asugi.sanita.fvg.it/export/sites/aas1/it/documenti/all_dss/mat_info/dss_nepc_covid.pdf questo documento del NEPC aziendale contiene i riferimenti a numerosi siti in cui sono sviluppati riflessioni sulle questioni etiche emergenti dalla pandemia https://asugi.sanita.fvg.it/export/sites/aas1/it/documenti/all_dss/mat_info/dss_nepc_riflessioni_etiche_covid19.pdf Riflessioni etiche a servizio della ripartenza elaborate dal NEPC di ASUFC
Formazione a distanza	https://www.eduiss.it/course/index.php?categoryid=51
Gestione dello stress tra gli operatori sanitari	https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-gestione-stress-operatori

Riferimenti

1. Decreto Legge del 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale. (20A02179) (GU Serie Generale n.97 del 11-04-2020).
2. Comunicato 2131 Ministero della Salute "Indicazioni emergenziali per il contenimento del contagio da SARS-CoV-2" e relativi allegati.
3. DPCM 11/6/2020 recante le "Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da Covid 19".
4. Allegato 1 al DPCM 11/6/2020 recante le indicazioni per la formazione professionale.
5. Accordo Stato Regioni n.14 dd 2/2/2017. "La formazione continua nel settore salute".
6. DPRReg 96 dd 13/6/2019. "Regolamento per il Sistema regionale di formazione continua e di educazione continua in medicina nel Friuli Venezia Giulia".
7. DPRReg 2021 dd 28/12/2017. "L'adozione del documento manuale dei requisiti per l'accreditamento degli eventi formativa del sistema regionale di formazione continua in medicina nel FVG".
8. Ordinanza contingibile e urgente n. 17/PC del Presidente della regione autonoma FVG recante ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.
9. European Resuscitation Council - Covid 19 Guidelines <https://erc.edu/covid>
10. Italian Resuscitation Council - Covid 19 - Raccomandazioni per la Rianimazione Cardiopolmonare (RCP) durante l'epidemia da Sars-Cov-2 e in caso di sospetta o confermata infezione Covid-19 <https://www.ircouncil.it/per-sanitari/coronavirus/>
11. Interim Guidance for Basic and Advanced Life Support in Adults, Children, and Neonates With Suspected or Confirmed COVID-19: From the Emergency Cardiovascular Care Committee and Get With the Guidelines®-Resuscitation Adult and Pediatric Task Forces of the American Heart Association in Collaboration with the American Academy of Pediatrics, American Association for Respiratory Care, American College of Emergency Physicians, The Society of Critical Care Anesthesiologists, and American Society of Anesthesiologists: Supporting Organizations: American Association of Critical Care Nurses and National EMS Physicians <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047463>
12. Cardiopulmonary Resuscitation During the COVID-19 Pandemic: A View from Trainees on the Frontline <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047260>
13. Circolare Ministero della Salute 19334 del 5/6/2020 recante le indicazioni emergenziali per il contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nelle operazioni di primo soccorso e per la formazione in sicurezza dei soccorritori.

6.3.2 EQUIPE PSICOSOCIALE DELL'EMERGENZA

Compiti e azioni - Piano di intervento a supporto del personale ASUGI e della Cittadinanza.

INTRODUZIONE

L'epidemia generata dal virus Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) ha costretto le organizzazioni sanitarie a continui adattamenti. Ci si è trovati di fronte ad un sovraccollamento delle terapie intensive ad un aumento esponenziale dei ricoveri Covid correlati che ha portato alla trasformazione dei reparti ospedalieri in aree COVID per poter accogliere tutti i pazienti e far fronte all'emergenza sanitaria, come anche i Servizi Sanitari Territoriali hanno dovuto modificare l'attività, riorganizzare e dare assistenza, in particolare per tutta l'attività domiciliare e residenziale.

Tutto questo è accaduto anche nell'ASUGI, dove abbiamo assistito ad una riorganizzazione di reparti completamente dedicati all'emergenza COVID-19. A sostegno del personale e della cittadinanza, durante il periodo di *lock-down*, sono stati attivati due canali per l'Assistenza Psicologica: un Numero Verde dedicato alla cittadinanza (800-30-10-30), ed un numero interno (040-3998990), più un indirizzo e-mail supportopsicologicodipendenti@asugi.sanita.fvg.it, per attivare percorsi di supporto a favore del personale sanitario. In emergenza è stato istituito un Coordinamento che ha realizzato, fra le diverse azioni, la regia degli interventi per i quali si sono resi disponibili 57 psicologi di 28 Servizi appartenenti ad ASUGI e un'importante parte formativa dedicata alle competenze psicologiche da impiegare nell'emergenza sanitaria.

Al momento il numero verde è stato temporaneamente "congelato", per una riduzione del flusso di chiamate. Anche il numero telefonico per i dipendenti è al momento chiuso, tenendo aperto un canale per le richieste attraverso l'indirizzo di posta elettronica sopra riportata. Rimane sempre possibile la consulenza psicologica per i dipendenti su invio del Medico Competente.

Il lavoro fino qui svolto, in emergenza, ha evidenziato come l'intervento psicologico non è un aspetto secondario nei percorsi di cura, ma una risorsa e un investimento necessario per consentire agli operatori sanitari e socio-sanitari di continuare a lavorare in salute (quella possibile in emergenza). Con il nostro lavoro abbiamo assistito e supportato famiglie, cittadini in quarantena e personale. L'intervento psicologico non è quindi un valore aggiunto alle cure, è esso stesso cura, ma soprattutto rappresenta un buon investimento che può ridurre i costi in molte aree della sanità perché attraverso interventi precoci *evidence-based* la psicologia si occupa della salute mentale di tutti, compresa la protezione psicologica degli operatori.

Tuttavia, proprio a causa dell'emergenza, l'organizzazione del supporto ha subito delle criticità e per questo motivo questo documento assume grande rilevanza per permettere di programmare in "tempo di pace", come agire nel caso di una ripresa pandemica.

Il documento redatto e diviso per scenari, come da indicazioni dell'ultimo documento prodotto dall'ISS datato 11/08/2020, necessiterà di un investimento in termini di risorse e di forze che possano essere convogliate in base alle necessità emergenti.

FASE DI STABILITA'

Costituzione Unità di Crisi di Psicologia (o EPE--- Equipe Psicosociale dell'Emergenza)

A partire dal Coordinamento già istituito risulta necessario declinare meglio i compiti dell'Unità di Crisi di Psicologia; inoltre, va individuato un gruppo di professionisti disponibili a far parte di questa Equipe, a tale scopo è stato fatto un primo incontro (08/07/2020) in plenaria (LIFESIZE) del gruppo di psicologi che hanno collaborato a queste attività e un successivo incontro il 29/07/2020 con il Gruppo di lavoro ristretto il 29/07/2020. Il giorno 25,26 e 27 settembre 2020 si è svolto il corso di psicologia dell'emergenza per i psicologi di ASUGI.

Principali Compiti dell'Unità di Crisi di Psicologia:

Individuare, per quanto di competenza, strategie possibili per:

- far fronte alla gestione dello stress degli operatori sanitari e socio-sanitari, soprattutto di coloro che si trovavano in prima persona a fronteggiare l'emergenza in situazioni caratterizzate da limitata possibilità di sostituzione, risoluzione e turnazione.
- far fronte ai bisogni specifici dei contagiati COVID-19 che includono sia dipendenti che la popolazione colpita (inclusi i familiari).
- informare/formare per prevenire i disagi psicologici nella popolazione e nei dipendenti in caso di ripresa importante dei contagi, ma che si possano anche manifestare come conseguenza del periodo di isolamento passato dalla popolazione.

Azioni

1. Indagine sul bisogno attuale di supporto psicologico/necessità di rielaborazione dell'esperienza da parte dei Reparti e/o Servizi, andando incontro e non aspettando le richieste (*outreaching*), operativamente: fissare incontro con i Direttori delle S.C., i R.I.D. e Coordinatori infermieristici.

2. In base a quanto raccolto negli incontri interlocutori con i Direttori di Strutture e Coordinatori Infermieristici si può ipotizzare l'attivazione:

- Gruppi di rielaborazione¹ per reparti di area critica e non critica che richiedano interventi andando incontro alle realtà organizzative dei singoli reparti e ai loro bisogni espressi (es. Reparti Covid, Terapia Intensiva, Pneumologia...).

¹ Modalità Focus Group strutturati su 3 incontri

3. Offerta di un breve percorso specialistico al personale di ASUGI che è stato contagiato durante la pandemia attraverso l'invio di una mail della Direzione a tutte i dipendenti coinvolti dal contagio¹¹; gli interventi devono prevedere la possibilità di essere fatti in orario di servizio per poter essere considerati "INTERVENTO AZIENDALE".
4. Rimane attiva la mail: supportopsicologicodipendenti@asugi.sanita.fvg.it dove il personale può scrivere per essere ricontattato da un professionista del Gruppo di Psicologi dell'Unità di Crisi.
5. Progettare e realizzare iniziative informative dedicate ai coordinatori e ai medici interessati, in una logica di prevenzione primaria; la finalità è di potenziare le capacità di lettura del contesto in particolare orientati all'intercettazioni di particolari indizi di malessere dei collaboratori, che possano poi essere in grado di attivarsi per segnalare all'equipe degli psicologi situazioni a rischio.
6. Progettazione e realizzazione attività di psicoeducazione con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, i farmacisti, e le scuole; in questo caso anche un unico incontro potrebbe essere sufficiente.
7. Va presa in considerazione l'apertura di un Ambulatorio per sequele psicologiche COVID correlate, che dovrebbe avvalersi non solo della figura dello Psicologo, ma al bisogno anche del Medico Psichiatra.
8. Implementazione della formazione sulla psicologia dell'emergenza per i colleghi psicologi che fanno parte dell'Unità di Crisi; in parte questa attività è stata già avviata e dovrebbe trovare un momento importante di rinforzo nel mese di settembre 2020.
9. Identificazione di target di cittadini affetti da patologie maggiormente a rischio per il contagio e per la non aderenza per la paura del contagio ai piani terapeutici; questa attività dovrebbe essere svolta con i medici di medicina generale e con i medici specialisti delle principali patologie croniche sulla base delle evidenze emerse dalla precedente emergenza sanitaria (es: cardiopatici, diabetici, oncologici, autistici, affetti da insufficienza renale cronica, affetti da patologie psichiatriche quali anoressia, ecc.).

¹¹ La Direzione Medica dei Presidi degli Ospedali di Cattinara e Maggiore in collaborazione con la SC Medicina del lavoro, la SC Medicina Riabilitativa e la SC Clinica Neurologica, sta attualmente lavorando su una ricerca di cui la referente è la dott.sa Luisa Dudine (che fa parte del gruppo del progetto di Supporto psicologico), rivolto al personale di ASUGI, sulla perdita di gusto e olfatto e conseguenti effetti psicologici su pazienti COVID positivi. Nel questionario della ricerca, vi sono due domande relative all'utilizzo o alla possibilità di usufruire del supporto psicologico legate alle conseguenze emotive dovute all'emergenza coronavirus. Gli psicologi che realizzano le interviste per la ricerca possono intercettare, in parte, persone che desiderano o avrebbero bisogno di un intervento specifico di tipo individuale, al momento la percentuale di adesione alla partecipazione è di circa il 40%, in aumento. Circa il 10% di questa parte di dipendenti ha espresso esplicitamente il bisogno di poter usufruire di un percorso di sostegno psicologico. Nella tabella riassuntiva delle azioni e del rispettivo impegno di risorse, viene fatta una possibile stima di quante ore possano essere necessarie per soddisfare questa richiesta.

Fase 1: tabella riassuntiva.

AZIONI FASE DI STABILITA'	OBIETTIVI	RISORSE ed AZIONI NECESSARIE/IMPEGNO	DESTINATARI
(1) Indagine	Rilevazione bisogni	Psicologi Unità di Crisi/ore da quantificare	Direttori/coordinatori/RID
(2) Gruppi dipendenti	Riduzione stress/rielaborazione/prevenzione	Psicologi Unità di Crisi/ore da quantificare	Dipendenti dei reparti neri, grigi e bianchi; direttori; coordinatori
(3) Percorsi specialistici	Miglioramento stato psicofisico dei dipendenti/pazienti contagiati da COVID 19*	Psicologi Unità di Crisi/ore da quantificare	Dipendenti con necessità psicologiche e presenza di distress
(4) Mantenimento mail dedicata dipendenti	Intercettare bisogno dipendenti/strutture	Comunicazione alla S.C. Informatica	Dipendenti ASUGI
(5) Iniziative informative	Fornire elementi di lettura per individuare distress e realizzare invii	Psicologi Unità di Crisi/ore da quantificare	Coordinatori e Medici ASUGI
(6) Psicoeducazione ed informazione	informare su percorsi da attivare, fornire elementi di comprensione disagio psicologico	Psicologi Unità di Crisi (un ora ad incontro per circa 5 incontri)	Medici di Medicina Generale, Pediatri
(7) Attivazione ambulatorio dedicato COVID	Intervenire sul malessere dei dipendenti e della popolazione per effetti correlati al COVID	Psicologi Unità di Crisi (un giorno alla settimana, in via sperimentale); 1 psichiatra (**)	Popolazione e Dipendenti che presentino sequele psicologiche imputabili al COVID non già in carico ai Servizi Territoriali
(8) Formazione specifica psicologi	Aumento competenze per interventi in situazioni di crisi	Prosecuzione attività formazione di pratica; Docenti esterni	Psicoterapeuti ASUGI
(9) Indagine popolazione a rischio	Identificazione popolazione a rischio che potrebbe beneficiare di interventi di prevenzione secondaria	Psicologi, Medici di Base, Specialisti	Popolazione

*Dati che sono in fase di raccolta attraverso la ricerca citata al punto 3 del paragrafo "AZIONI"

** Da capire se in compresenza.

FASE DI RIPRESA DEI CONTAGI

In questa fase vanno mantenuti i target d'intervento psicologico anche in base ai canali di possibile contatto/invio che saranno in linea con il resto dell'organizzazione sanitaria dell'emergenza. Si identificano le seguenti categorie: dipendenti in quarantena; dipendenti contagiati ed ammalati/ricoverati; popolazione in quarantena/contagiata ed ammalata/ricoverata, dimissioni ospedaliere in situazioni di fragilità; dipendenti in isolamento fiduciario e popolazione in isolamento fiduciario; dipendenti in attività e popolazione libera da contagio. Per ogni gruppo si identificano di seguito le azioni pianificate.

Andrebbe rinforzato, in questa fase, il lavoro di consulenza psicologica nei Reparti/Servizi in quanto potrebbe rappresentare una risorsa sia per il paziente ed i suoi famigliari, che per l'equipe medico-infermieristica.

Per quanto attiene le Case di Riposo, strutture socio assistenziali ed altre sanitarie in convenzione si valuteranno eventuali richieste specifiche e si rimarrà a disposizione per eventuali pareri specialistici su piani ed azioni da realizzare.

Azioni (Fase 2)

1. Riattivazione dei Gruppi di *Defusing* nei Reparti a maggior rischio
2. Riattivazione del numero interno 0403998990 (in questa fase in fasce orarie di reperibilità definite dal lunedì al venerdì) per le richieste di intervento psicologico da parte dei dipendenti
3. Chiamata telefonica da parte di uno psicologo a tutti i dipendenti contagiati, in collaborazione con la S.C. Medicina del Lavoro, per rilevare immediatamente possibili bisogni e sintomatologie; contestualmente dare informazioni su disponibilità del supporto psicologico a loro dedicato ed ai loro famigliari;
4. Interventi di supporto psicologico da remoto o in presenza, rivolti ai dipendenti ASUGI e loro famiglie, che ne facessero richiesta, attivabili attraverso la già esistente mail: supportopsicologicodipendenti@asugi.sanita.fvg.it o il numero di telefono interno riattivato; invio d'informativa via mail personalizzata anche ai dipendenti in quarantena ed in isolamento fiduciario.
5. In caso sia necessario il ricovero della persona colpita da COVID-19 (dipendenti e popolazione):
 - d) Interventi di supporto psicologico da remoto ai familiari dei pazienti Covid-19 ricoverati impossibilitati ad accedere all'ospedale (con predisposizione di materiali per sostenere la comunicazione scritta tra famigliari e parenti ricoverati impossibilitati all'uso della comunicazione verbale);
 - e) Interventi con lo stesso paziente in Remoto se sostenibile;
 - f) Interventi di supporto psicologico da remoto o de visu, se possibile, ai famigliari dei pazienti COVID-19 deceduti in ospedale (va previsto che uno psicologo contatti i famigliari della persona entro 72 ore dal decesso, prevedendo, dopo un primo colloquio, la possibilità di sostenere i famigliari in un breve percorso strutturato di 6 incontri per arrivare ad un massimo di 12).

6. Pubblicazione di materiali informativi (anche in forma video) rivolti alla popolazione in generale su strategie di gestione stress ed offerta interventi psicologici nella fase, da realizzare sui media e sul sito internet aziendale.

7. Studio e realizzazione di interventi di supporto psicologico rivolti a target specifici di cittadini affetti da patologie croniche e maggiormente a rischio per monitorare stati emotivi ed aderenza ai percorsi di cura per loro stabiliti da realizzarsi assieme ai medici di base e specialisti.

Fase 2: tabella riassuntiva.

AZIONI FASE RIPRESA DEI CONTAGI	OBIETTIVI	RISORSE ed AZIONI NECESSARIE/IMPEGNO	DESTINATARI
(1) Riattivazione gruppi di <i>defusing</i>	Ridurre l'impatto emotivo di avvenimenti potenzialmente traumatici	Psicologi formati dell'Unità di Crisi	Reparti area critica e dedicati COVID
(2) Riattivare numero interno per dipendenti con reperibilità fascia oraria	Consentire presa in carico precoce di eventuali situazioni individuali a rischio; fornire strategie adeguate di <i>coping</i> ; inviare ai servizi dedicati	Psicologi dell'U.C. e personale S.C. Informatica	Dipendenti
(3) Telefonate ai dipendenti contagiati	Fornire informazioni ai dipendenti contagiati; monitorare il bisogno di attività psicologica; rilevare sintomi	Psicologi dell'U.C. e Medici del Lavoro	Dipendenti contagiati/sottoposti a misure di isolamento
(4) Interventi di supporto psicologico	Realizzare colloqui psicologici clinici - Dipendenti - Dipendenti contagiati/famigliari - Figli di genitori in isolamento - Situazioni di lutto correlati Invio mail personalizzata	Psicologi formati dell'U.C. Personale della Struttura che monitora le quarantene e gli isolamenti fiduciari	Dipendenti, figli e famigliari
(5) Supporto psicologico ai ricoverati	Supportare i famigliari ricoverati Supportare i famigliari ove lutto in ospedale Supportare i pazienti	Psicologi formati dell'U.C.	Popolazione e dipendenti
(6) Interventi informativi	Fornire strategie di <i>coping</i> , normalizzare esperienze potenzialmente stressanti	Psicologi dell'U.C., personale S.C. Informatica e della S.C. Comunicazione	Popolazione
(7) interventi target popolazione a maggior rischio per ricadute sanitarie	Realizzare interventi mirati per prevenzione secondaria finalizzata al mantenimento aderenza terapeutica/altre conseguenze	Psicologi dell'Unità di Crisi competenti nei diversi ambiti di patologia cronica, medici specialisti, medici di base	Gruppi cittadini affetti da patologie croniche

La stima oraria non è stata calcolata, un'ipotesi di lavoro in tal senso potrebbe essere fatta facendo un'analisi dello storico. Va specificato che in questo calcolo andrebbero aggiunte delle ore di attività rispetto alla FASE 1, tuttavia andrebbero anche sottratte circa 160 ore di attività svolte in FASE 1 e non più necessarie in FASE 2.

FASE PANDEMICA

In questa fase vanno implementate le azioni già presenti, resa maggiormente fruibile la possibilità del supporto per la popolazione, supportare in maggior misura le equipe sanitarie ed avviare ulteriori specifiche di prevenzione di possibili PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder*). L'Unità di Crisi in tempo di massima emergenza dovrà operare 7 giorni su 7 per poi allentare la presenza in correlazione con la diminuzione dell'indice del contagio.

Azioni (Fase 3, da 1 a 5 già in essere nella fase 2)

1. Mantenimento dei Gruppi di *Defusing* nei Reparti a maggior rischio
2. Riattivazione del numero interno 0403998990 con ampliamento della fascia oraria coerente con la fase (12/24).
3. Chiamata telefonica da parte di uno psicologo a tutti i dipendenti contagiati per rilevare immediatamente possibili bisogni e sintomatologie; contestualmente dare informazioni su disponibilità del supporto psicologico a loro dedicato ed ai loro familiari;
4. Interventi di supporto psicologico da remoto o de visu rivolti ai dipendenti ASUGI, e del personale sanitario che ne facesse richiesta, attivabili attraverso la già esistente mail: supportopsicologicodipendenti@asugi.sanita.fvg.it o il numero di telefono interno;
 - a. Supporto mediante colloqui psicologici clinici in presenza o da remoto con i dipendenti e sanitari;
 - b. Supporto mediante colloqui psicologici clinici in presenza o da remoto con i figli dei dipendenti (anche persone cooperativa pulizie/altri appalti) e familiari, per prevenire lo sviluppo di sintomatologie correlate al distanziamento fisico da chi si opera in area critica ed isolato in casa, ammalato e/o nel caso di eventi lutto COVID correlati.
5. In caso sia necessario il ricovero della persona colpita da COVID-19 (dipendenti e popolazione):

Interventi di supporto psicologico da remoto ai familiari dei pazienti Covid-19 ricoverati impossibilitati ad accedere all'ospedale;

Interventi con lo stesso paziente in Remoto se sostenibile;

Interventi di supporto psicologico da remoto o de visu, se possibile, ai familiari dei pazienti COVID-19 deceduti in ospedale.
6. Sostegno alla comunicazione all'interno dei reparti Covid (soprattutto all'interno delle rianimazioni) sia tra i membri dell'equipe di lavoro sia tra l'equipe di lavoro e i familiari.

7. Interventi di accompagnamento rivolti ai pazienti Covid-19 ricoverati nelle fasi critiche legate all'intubazione e all'estubazione nelle terapie intensive^{III}.

8. Interventi di supporto da remoto a un gruppo identificato di pazienti Covid-19 dimessi considerati più fragili, o con una scarsa rete di supporto.

9. Intervento di supporto alla cittadinanza in generale in particolare della parte di popolazione in quarantena, con una modalità proattiva di contatto in raccordo con il personale del Dipartimento di Prevenzione:

a) Riattivazione numero verde di supporto psicologico rivolto alla popolazione;

b) Comunicazione a mezzo stampa/sito Aziendale e altri canali di Comunicazione della riattivazione Numero verde 800-30-10-30 di supporto psicologico alla Cittadinanza;

c) Ri-attivazione accordi con Protezione Civile;

d) Monitoraggio gruppi pazienti fragili per altre patologie identificati nella fase precedente;

10. Interventi di gruppo con EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) rivolti agli psicologi dell'Unità di Crisi Covid-19 svolti da supervisor dell'Associazione EMDR Italia (in parte già attivata).

^{III} Ci sono delle procedure che possono abbassare il livello di ansia prima di intubare perché questo correla con un migliore svezzamento e con una minore sintomatologia peri e post traumatica al risveglio. (Questo è un tema molto delicato e va discusso esistono però delle procedure che sono state già utilizzate in alcune realtà, e che abbassano il livello di ansia del paziente, in particolare al momento dell'estubazione)

Fase 3: tabella riassuntiva.

AZIONI FASE PANDEMICA	OBIETTIVI	RISORSE ed AZIONI NECESSARIE/IMPEGNO	DESTINATARI
Mantenimento gruppi di <i>defusing</i>	Ridurre l'impatto emotivo di avvenimenti potenzialmente traumatici	Psicologi formati dell'U.C.	Reparti area critica e dedicati COVID
Ampliare reperibilità fascia oraria numero interno per dipendenti	Consentire presa in carico precoce di eventuali situazioni individuali a rischio; fornire strategie adeguate di <i>coping</i> ; inviare ai servizi dedicati	Psicologi dell'U.C. e personale S.C. Informatica	Dipendenti
Telefonate ai dipendenti contagiati	Fornire informazioni ai dipendenti contagiati; monitorare il bisogno di attività psicologica; rilevare sintomi	Psicologi dell'U.C. e Medici del Lavoro	Dipendenti contagiati/sottoposti a misure di isolamento
Interventi di supporto psicologico	Realizzare colloqui psicologici clinici - Dipendenti - Dipendenti contagiati/famigliari - Figli di genitori in isolamento - Situazioni di lutto correlati	Psicologi formati dell'U.C.	Dipendenti, figli e famigliari
Supporto psicologico ai ricoverati	Supportare i famigliari ricoverati Supportare i famigliari ove lutto in ospedale Supportare i pazienti	Psicologi formati dell'U.C.	Popolazione e dipendenti
Supporto comunicazione nei reparti critici	Favorire relazione in stato di criticità nell'equipe e nel rapporto pazienti/famigliari	Psicologi dell'U.C.	Dipendenti e Popolazione
Interventi specialistici intubazione/estubazione	Prevenire stati d'ansia acuta, PTSD	Psicologi formati dell'U.C.	Popolazione e dipendenti
Gruppi di supporto psicologico per pazienti dimessi	Supportare psicologicamente; favorire percorso di cura; mantenere aderenza terapeutica; prevenire disturbi psicologici	Psicologi dell'U.C.	Popolazione
Supporto psicologico pazienti in quarantena/isolamento fiduciario	Supportare psicologicamente pazienti e persone isolate	Psicologi dell'U.C.; Dipartimento Prevenzione	Popolazione
Interventi psicologici a favore cittadinanza	Scongellare numero verde Comunicare alla popolazione lo scongelamento del numero Riavvio protocollo con Protezione Civile Monitoraggio pazienti fragili	S.C. Informatica S.C. Comunicazione Psicologi Protezione Civile Medici di base/specialisti	Popolazione
Formazione/Supervisione psicologi U.C.	Fornire supporto e supervisione agli psicologi impegnati nell'U.C.	Associazione EMDR	Dipendenti e convenzionati psicologi ASUGI

Riflessioni finali

Peggio di questa crisi c'è solo il dramma di non aver imparato da essa, sprecando quindi l'occasione di farci trovare pronti a rispondere con efficacia a qualunque tipo di scenario.

Partendo da questa consapevolezza c'è la possibilità che dovremo fare i conti con quello che è stato nella prospettiva della crescita post traumatica.

Da quello che abbiamo imparato di noi e del nostro lavoro in emergenza da questo COVID-19 condividiamo alcune prospettive:

1. La possibilità di attivare nel tempo gruppi di decompressione emotiva (*debriefing/defusing*) nella nostra azienda rivolto a operatori sanitari e socio-sanitari come prassi di lavoro laddove si dovesse presentare una situazione emergenziale o particolarmente traumatica per la nostra organizzazione.
2. Il lavoro di supporto da remoto ha certamente messo in luce quanto i contatti con i pazienti da remoto, attraverso la rete, siano ampi ed ampliabili, tenendo conto dei vincoli ma anche delle possibilità che possono essere implementate.
3. Il lavoro di consulenza psicologica all'interno dei reparti rappresenta una risorsa sia per il paziente che per l'equipe medico-infermieristica e pertanto deve essere più specificatamente declinato e ampliato.
4. La strutturazione di un ambulatorio per le problematiche Covid correlate presenti nella popolazione è la declinazione più diretta del lavoro svolto e che ancora dobbiamo svolgere per rispondere ai bisogni di salute mentale correlati alla pandemia. Questo ambulatorio potrebbe essere una possibile risposta e dovrebbe essere organizzato ora raccogliendo tutta l'esperienza maturata in queste prime fasi, sia con riferimento agli strumenti di valutazione, che alla valutazione degli esiti, che alla declinazione degli interventi, da remoto a de visu.
5. La necessità che un'azienda come ASUGI debba dotarsi di una Unità di Crisi permanente che diventa attivabile laddove si presenti uno scenario emergenziale su convocazione aziendale della Direzione Strategica.

Tutto questo necessita ovviamente di risorse umane importanti che devono essere razionalizzate e commisurate in base alla FASE che ci troviamo ad affrontare. Va da sé che la realizzazione di tale piano, anche nella fase iniziale, debba prevedere un investimento importante in termini di ore/lavoro, in un momento in cui tutti siamo impegnati a "recuperare" il terreno perso nel periodo di *lock-down*.

6.4 TELEMEDICINA-IT CAPACITY

PRESTAZIONI AMBULATORIALI IN REGIME DI TELEVISITA

Le modalità operative di erogazione delle prestazioni ambulatoriali in regime di **televisita** sono state definite sulla base di quanto previsto dal documento dell'ARCS prot. N. 12383 del 09/04/2020 sugli standard di servizio per l'erogazione e dal rapporto 12/2020 dell'ISS sui servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19.

Si richiama l'attenzione sul fatto che la **sola modalità prevista per l'erogazione** della televisita è la **videochiamata**, non è consentita la semplice telefonata. In ASUGI lo strumento software individuato allo scopo è il sistema *lifesize*, che risponde ai requisiti di sicurezza necessari e che viene utilizzato anche per le videoconferenze.

Per utilizzare *lifesize* per le televisite è necessario disporre di una postazione di lavoro, opportunamente attrezzata con webcam, casse e microfono, eventualmente integrati nel monitor, dalla quale si accede ad un meeting tramite uno specifico link. Non è necessario essere abilitati ed effettuare la login a *lifesize* per partecipare ad una videochiamata, basta disporre di un browser, meglio se Google *Chrome*, nel quale incollare il link dell'evento; è esclusivamente per generare tale link che serve essere abilitati ad accedere al sistema tramite credenziali. L'abilitazione viene fatta tramite un indirizzo email generico di reparto e non personale, così da garantire la massima fruibilità tra gli operatori; per richiedere l'abilitazione è sufficiente contattare la SC Informatica e Telecomunicazioni comunicando l'indirizzo da utilizzare.

La televisita può essere effettuata per prestazioni di controllo / follow-up e per valutazioni in forma di colloquio normalmente erogate in regime ambulatoriale. Tali prestazioni sono dunque soggette alle condizioni e tariffe previste dal nomenclatore tariffario regionale in vigore, beneficiano degli stessi codici di esenzione delle visite normali e vanno erogate previa prescrizione di un'impegnativa dematerializzata.

E' onere del medico responsabile dell'attività ambulatoriale identificare, in base alla documentazione clinica disponibile, i pazienti per i quali è possibile procedere con una televisita. I pazienti identificati dovranno quindi essere contattati dalla struttura di riferimento per via telefonica al fine di raccogliere la loro disponibilità ad effettuare la televisita e di valutare la loro possibilità e capacità di utilizzo dei necessari strumenti tecnologici. Laddove si riscontrasse un'oggettiva difficoltà da parte dell'assistito a gestire in autonomia gli strumenti per la videochiamata, sarebbe consigliabile suggerire il supporto di un familiare/tutore tenendo conto di ciò nella pianificazione dell'appuntamento.

Nei contatti con il paziente preliminari alla visita è necessario chiedere e registrare l'indirizzo email al quale il paziente deve ricevere il link di accesso alla videochiamata; tale indirizzo va salvato nell'anagrafica del paziente (in dettagli anagrafici, folder Indirizzi, sezione Contatti - in figura).

The screenshot displays a patient's profile in a medical information system. The main window is titled 'Anagrafica Selezionata' and includes tabs for 'Dati Anagrafici di Base', 'Indirizzi', 'Dati Socio/Sanitari', 'Altri Identificativi', and 'Altri Dati'. The 'Indirizzi' tab is active, showing fields for 'Cognome' (PROVA), 'Nome' (PLUTO), 'Sesso' (Maschile), 'Data Nascita' (17/11/1965), 'Luogo Nascita' (E ROMANIA), 'Comune' (SAN VITO AL TAGLIAMENTC), 'Provincia' (PN), 'CAP' (33078), and 'Località'. A 'Contatti' sub-tab is selected, and a modal dialog box is open for adding a new contact. The dialog shows 'Tipo' set to 'INDIRIZZO E-MAIL', a red-bordered 'Valore' field, and an 'Ok' button. The main window also features buttons for 'Salva', 'Annulla', 'Indietro', 'Riporta', and 'Copia Residenza su Recapito'.

Il medico deve inoltre verificare l'eventuale presenza di documentazione sanitaria non visibile sui sistemi informatici aziendali e valutare se è possibile prevederne l'invio telematico da parte dell'assistito. In considerazione della situazione di emergenza epidemica, è possibile che una quota di informazioni vengano scambiate via mail tra medico (o struttura) e paziente. In tutti questi casi è necessario adottare precauzioni, in entrambe le direzioni di comunicazione, affinché i contenuti sensibili come la documentazione sanitaria vengano gestiti nella maniera più sicura possibile. Questo comporta la spedizione all'interno di file zip protetti da password. Tale password deve essere comunicata attraverso un altro canale (telefonata, sms, altra mail, ecc.).

Nel caso dei controlli già prenotati ma non erogabili a seguito delle disposizioni per il contenimento del contagio, il contatto telefonico preliminare deve essere codificato come visione esami ad integrazione dell'impegnativa preesistente, senza onere per il paziente.

Una volta individuate le prestazioni da erogare in regime di televisita, è possibile per il medico procedere con la prescrizione tramite ricetta dematerializzata e quindi prenotare le stesse tramite CUPWEB, a condizione che le agende della struttura siano state predisposte allo scopo, o tramite G2 Clinico facendo un'accettazione diretta.

All'inizio della videochiamata, è fatto obbligo al medico di identificare il paziente de visu con un documento di identità dotato di fotografia; è opportuno riportare all'inizio del referto che l'identificazione è stata fatta.

In fase di erogazione e solo nel caso dei controlli già prenotati ma non erogabili a seguito delle disposizioni per il contenimento del contagio, deve essere sostituita la prestazione di controllo inizialmente prescritta con la corrispondente in regime di televisita.

Nei due sistemi aziendali G2 Clinico e Cardionet, è stata inoltre predisposta la possibilità di indicare la qualità della televisita tramite alcuni indicatori di performance indicati dalla regione: nel G2 Clinico è stata creata la scheda Televisita, accessibile da refertazione con dato clinico, mentre in Cardionet tali informazioni si trovano nella scheda dell'esame obiettivo.

Per evitare ulteriori accessi degli utenti alle strutture aziendali, si ricorda che il referto redatto è disponibile al paziente direttamente tramite FSE (portale SESAMO) o può essere inviato via email attenendosi alle indicazioni di sicurezza già ricordate in questo documento.

6.5 RISORSE UMANE - COMPARTO

6.5.1 AREA GIULIANA

MANAGEMENT RISORSE UMANE dell'assistenza infermieristica e del personale di supporto

PREMESSA

Questo capitolo è dedicato alla gestione delle risorse umane infermieristiche e del personale di supporto in relazione agli scenari dell'evoluzione epidemiologica Covid-19.

Il management delle risorse umane rappresenta sicuramente uno degli elementi chiave per fronteggiare lo stato di emergenza e garantire un'adeguata risposta assistenziale alle persone ricoverate e ai cittadini; l'argomentazione tiene conto dell'esperienza acquisita e delle criticità emerse durante la crisi pandemica precedente che permettono di migliorare le strategie e l'approccio organizzativo.

La Direzione Infermieristica e Ostetrica, incardinata all'interno della Direzione Sanitaria, dirige le risorse e ne promuove le competenze, partecipa alla progettazione organizzativa della Direzione Aziendale e ne persegue gli obiettivi con flessibilità; declina e attua la sua attività in forte connessione con le articolazioni organizzative di afferenza funzionale. L'obiettivo generale è di garantire la sostenibilità del piano contestualmente al mantenimento dei livelli di assistenza nei setting di cura abituali, nelle nuove aree dedicate alle persone Covid positive e sostenere le nuove linee di attività Covid correlate.

Organizzazione

1. Attivazione del Gruppo di Coordinamento

In tutte le fasi di applicazione del Piano PRO la Direzione Infermieristica opera in sinergia e confronto costante con i Responsabili Infermieristici e delle Professioni Sanitarie Dipartimentali e Distrettuali: devono essere programmati degli INCONTRI DI COORDINAMENTO sistematici per mantenere i flussi informativi, recepire e applicare le direttive aziendali, evidenziare e risolvere le criticità emergenti, proporre, sostenere e attivare con flessibilità nuovi modelli assistenziali o misure correttive.

2. Gestione del personale

L'arruolamento delle risorse necessarie alla sostenibilità del Piano PRO implicano le seguenti fasi:

1. Mappatura del personale in dotazione
2. Ridefinizione delle risorse necessarie all'interno delle strutture per garantire i livelli assistenziali e la continuità dei servizi contestualmente al timing emergenziale:

- Valutare la possibile perdita di competenze nelle strutture: osservare un bilanciamento delle competenze necessarie e sufficienti al mantenimento degli standard qualitativi nelle strutture alle quali viene sottratta forza lavoro.
 - Valutare le dotazioni organiche anche in base alla tempistica e alle interruzioni necessarie correlate all'uso di DPI o a pratiche assistenziali che aumentano il carico di lavoro (numero di pazienti ventilati, cambi posturali frequenti dei pazienti, ecc.)
3. Mappatura delle competenze distintive presenti in azienda ed evidenza del fabbisogno in relazione ai setting assistenziali individuati nel piano PRO ASUGI
- Competenze generaliste
 - Competenze specialistiche e di processo clinico assistenziale
 - Competenze specifiche in area semintensiva
 - Competenze specifiche in area intensiva
 - Personale di supporto all'assistenza
4. Recupero di risorse:
- 1° livello: evidenza di un planning con i livelli di funzionalità delle SSCC e Servizi e l'evidenza puntuale delle aree soggette a un contenimento progressivo dei volumi di attività per consentire un recupero di risorse e la loro riassegnazione, in base alla disponibilità e all'attitudine (ambulatori chiusi, accorpamento di funzioni, ecc.)
 - 2° livello: in casi estremi, massimizzare le presenze in azienda con riduzione delle assenze per congedo ordinario
 - 3° livello: prevedere interventi di mobilità interaziendali o incrementare gli accorpamenti delle aree meno coinvolte dalla pandemia
5. Recupero e implementazione delle competenze con percorsi di formazione: valutare il bisogno di apprendimento e il *retraining* utilizzando i curricula esistenti, rendendo disponibili percorsi agili e di facile fruizione: registrazioni on line, lezioni d'aula e formazione sul campo, periodi di affiancamento con personale esperto, simulazioni. (vedi capitolo 6.3.1 Formazione continua)
6. Favorire il lavoro in team multidisciplinari

3. Acquisizione di personale

Nella fase emergenziale e dopo un'analisi puntuale del fabbisogno, le Direzioni programmano l'acquisizione di risorse umane con l'impiego di diversi istituti contrattuali, al fine di garantire gli incrementi non sostenibili dal sistema e il mantenimento fisiologico del turnover; importante un confronto costante con gli Uffici competenti e valutare la disponibilità di concorsi, avvisi, contratti di lavoro somministrato, supporto della protezione civile, ecc.

4. Fattori sociali: tutela della salute dei dipendenti e dei loro familiari

- Ogni responsabile identifica gli operatori appartenenti alle categorie a rischio ed evita il loro coinvolgimento nelle aree assistenziali, valutando la loro riassegnazione in aree amministrative o gestionali; In casi specifici è necessario garantire l'allontanamento dal servizio con l'impiego degli strumenti contrattuali correnti e per decreto d'urgenza (es. contratti di telelavoro, astensione post partum fino a sette mesi, Permessi Legge 104, ecc.)
- Curare la comunicazione e la capacità di ascolto: valutare la resilienza del personale, le situazioni di disagio e con il supporto del medico competente o dello specialista verificare la necessità di un sostegno emotivo o gli stati di malessere psicofisico o di stress (vedere capitolo dedicato 6.3.2 sul benessere psicologico dei dipendenti)

5. Base dei Dati

Monitorare costantemente i dati del personale: presenze, assenze, malattie, infortuni, contagi

6. Piano Operativo - Area Ospedaliera -

Da 1 a 4 pazienti in terapia intensiva

Da 1 a 17 pazienti presso il reparto di malattie infettive

Da 1 a 3 pazienti in terapia semintensiva presso malattie infettive

Sede	Struttura	Status Struttura	N° Posti Letto	Dotazione BASE personale operativo infermieristico e di supporto	Incremento o dotazione organica INFEMIERI	Incremento dotazione organica OSS	FONTI implementazione personale infermieristico e di supporto
Ospedale Maggiore Palazzina Infettivi 3° piano	Malattie Infettive	degenza internistica covid	16 isolati +1, di cui 7 dedicati a casi Covid. Dei 17 totali 3 diventeranno prossimamente semintensivi con telemetria.	12 infermieri 5 OSS	5	3	personale recuperato da manovre organizzative più interinali più protezione civile
Ospedale di Cattinara Piastra Servizi 4° piano	ARTA - COVID	terapia intensiva	1 PL COVID	41 infermieri e 8 OSS	0	0	0
Ospedale di Cattinara Torre Medica 12° piano	Unità Chirurgia perioperatoria Covid Multispecialistica	degenza chirurgica Covid	4 - 6 PL ATTIVATI A DEMAND	10 infermieri 5 OSS	10	5	Il personale è stato recuperato da manovre organizzative - accorpamento o incremento dotazione
	ARTA - COVID * tipo migra in T2	degenza Intensiva Covid	da 2 a 4 pl	64 infermieri (60 presenti) 15 OSS	4	1	da arruolamento riservisti
	PNEUMOLOGIA COVID	degenza semintensiva Covid	da attivare	0	0	0	0
Ospedale Maggiore	RSA San Giusto	degenza residenziale Covid	23	10 infermieri 16 OSS	8	2	0
Ospedale di Cattinara Torre Chirurgica 6° piano	Medicina d'Urgenza	degenza internistica e semintensiva	13 PL	26 infermieri 15 OSS	0	0	0
Ospedale di Cattinara Torre Medica 13° piano	Medicina d'Urgenza - OBI	degenza internistica e semintensiva	13 PL	26 infermieri 15 OSS	5	0	incremento dotazione personale per OBI
Ospedale di Cattinara Torre Chirurgica 13° piano	PNEUMOLOGIA	degenza medica e semintensiva	17 PL - 6 intensivi - 11 ordinari	23 infermieri 7 OSS	0	0	0

Sede	Struttura	Status Struttura	N° Posti Letto	Dotazione BASE personale operativo infermieristico e di supporto	Incremento o dotazione organica INFEMIERI	Incremento dotazione organica OSS	FONTI implementazione personale infermieristico e di supporto
Ospedale di Cattinara Piastra Servizi 4° piano	Anestesia Rianimazione TIPO migra in T2 ARTA	degenza Intensiva bianchi da attivare se ARTA apre il 12° piano Torre Medica	7 PL	vedi piano area intensiva	vedi piano area intensiva	vedi piano area intensiva	vedi piano area intensiva
Ospedale di Cattinara Torre Medica 7° piano	Medicina Clinica	degenza internistica - Grigi	36 PL	14 infermieri 15 OSS	0	0	0
Ospedale di Cattinara Torre Medica 6° piano	Clinica Medica	degenza internistica - Grigi	19 PL	15 infermieri 15 OSS	0	0	0
Ospedale Maggiore	Geriatría	degenza internistica	23 PL	14 infermieri 12 OSS	0	0	0
Ospedale Maggiore	Medicina Riabilitativa	degenza riabilitativa	24 PL	13 infermieri 2 IG e 8 OSS	0	0	0

FASE DI RIPRESA DEI CONTAGI

Da 1 a 15 pazienti in terapia intensiva

Da 6 a 12 pazienti terapia semintensiva pneumologia

Da 1 a 17 pazienti presso il reparto di malattie infettive

Da 1 a 60 pazienti in reparti internistici

Sede	Struttura	Status Struttura	N° Posti Letto	Dotazione BASE personale operativo infermieristico e di supporto	Incremento dotazione organica INFEMIERI	Incremento dotazione organica OSS	Risorse per implementazione personale infermieristico e di supporto
Ospedale Maggiore Palazzina Infettivi 3° piano	Malattie Infettive	degenza internistica Covid	16 isolati +1, di cui 7 dedicati a casi Covid. Dei 17 totali 3 diventeranno prossimamente semintensivi con telemetria.	12 infermieri 5 OSS	5	3	personale recuperato da manovre organizzative più interinali più protezione civile
Ospedale di Cattinara Torre Medica 13° piano	Malattie Infettive	degenza internistica/ specialistica	33 PL	12 infermieri 5 OSS	13	9	personale recuperato da manovre organizzative più interinali più protezione civile

6. SOSTEGNO ALLA RISPOSTA-STOCK-RISERVA STRATEGICA
6.5 RISORSE UMANE – COMPARTO/6.5.1 AREA GIULIANA

Sede	Struttura	Status Struttura	N° Posti Letto	Dotazione BASE personale operativo infermieristico e di supporto	Incremento dotazione organica INFEMIERI	Incremento dotazione organica OSS	Risorse per implementazione personale infermieristico e di supporto
Ospedale di Cattinara Torre Medica 13° piano	da definire se accorpamento	degenza semintensiva Covid	Valutazione in base all'evoluzione epidemiologica				Da accorpamenti o ridefinizione delle strutture ed eventuali integrazioni
Ospedale di Cattinara Torre Medica 12° piano	ARTA - COVID	degenza Intensiva Covid	15 PL	64 infermieri (60 presenti) 15 OSS	34	11	standard regionale rapporto 2 infermieri: PL
	Unità Chirurgia perioperatoria Covid Multispecialistica	degenza chirurgica Covid	4 – 6 PL	10 infermieri 5 OSS	10	5	Il personale è stato recuperato dall'accorpamento della Cl. Urologica alla Cl. Chirurgica e la riduzione di 10 PL della Cl. Ortopedica
	PNEUMOLOGIA COVID	degenza semintensiva Covid	12 PL	20 infermieri 10 OSS	11	8	recupero personale dal reparto di pneumologia e da riservisti
Ospedale di Cattinara Torre Chirurgica 6° piano	Medicina d'Urgenza - OBI rientra dal 13° piano	degenza internistica e semintensiva	12 PL	23 infermieri 12 OSS	0	0	0
Ospedale di Cattinara Torre Chirurgica 13° piano	PNEUMOLOGIA	degenza medica e semintensiva	10 PL - 6 intensivi - 4 ordinari	18 infermieri 5 OSS	0	0	0
Ospedale Maggiore	RSA San Giusto	degenza residenziale Covid	23 PL	10 infermieri 16 OSS	8	2	personale recuperato da manovre organizzative più interinali più protezione civile
Ospedale di Cattinara Torre Medica 7° piano	Medicina Clinica	degenza internistica - Grigi	36 PL	14 infermieri 15 OSS	0	0	0
Ospedale di Cattinara Torre Medica 6° piano	Clinica Medica	degenza internistica - Grigi	19 PL	15 infermieri 15 OSS	0	0	0
Ospedale Maggiore	Geriatrics	degenza internistica Covid	23 PL	14 infermieri 12 OSS	1	1	0
Ospedale Maggiore	Medicina Riabilitativa	degenza riabilitativa	24 PL	13 infermieri 2 IG e 8 OSS	4	3	0

FASE EPIDEMICA

Da 16 a 30 pazienti in terapia intensiva

Da 15 a 33 pazienti in semintensiva

Sede	Struttura	Status Struttura	N° Posti Letto	Dotazione BASE personale operativo infermieristico e di supporto	Incremento dotazione organica INFEMIERI	Incremento dotazione organica OSS	Risorse per implementazione personale infermieristico e di supporto
Ospedale Maggiore Palazzina Infettivi 3° piano	Malattie Infettive	degenza internistica Covid	16 isolati +1, di cui 7 dedicati a casi Covid. Dei 17 totali 3 diventeranno prossimamente semintensivi con telemetria.	12 infermieri 5 OSS	5	3	personale recuperato da manovre organizzative più interinali più protezione civile
Ospedale di Cattinara Torre Medica 13° piano	Malattie Infettive	degenza internistica/ specialistica	33 PL	12 infermieri 5 OSS	13	9	personale recuperato da manovre organizzative più interinali più protezione civile
	Pneumologia - Covid	degenza semintensiva Covid	15-20 PL	27 infermieri 15 oss	18	13	Recupero del personale da pneumologia e dalle aree internistiche, da accorpamento e da incremento
Ospedale di Cattinara Torre Medica 12° piano	ARTA - COVID	terapia intensiva	30 PL	64 infermieri (60 presenti) 15 OSS	65	17	Recupero dalle sale operatorie, dai riservisti e da incremento più incremento dotazione organica (assunzioni, ecc.)
	Unità Chirurgia perioperatoria Covid Multispecialistica	degenza chirurgica Covid	4 - 6 PL on demand	10 infermieri 5 OSS	10	5	Il personale è recuperato da interventi organizzativi
Ospedale di Cattinara Piastra Servizi 4° piano	ARTA - COVID	terapia intensiva T1 e T2	15 PL	vedi piano area intensiva	vedi piano area intensiva	vedi piano area intensiva	vedi piano area intensiva
Ospedale di Cattinara Torre Chirurgica 6° piano	Medicina d'Urgenza - OBI	degenza internistica e semintensiva	12 PL	23 infermieri 12 OSS	4 infermieri per l'attività di OBI	0	0
Ospedale di Cattinara Torre Chirurgica 13° piano	PNEUMOLOGIA	degenza medica e semintensiva	10 PL - 6 intensivi - 4 ordinari	18 infermieri 5 OSS	0	0	0

6. SOSTEGNO ALLA RISPOSTA-STOCK-RISERVA STRATEGICA
6.5 RISORSE UMANE – COMPARTO/6.5.1 AREA GIULIANA

Sede	Struttura	Status Struttura	N° Posti Letto	Dotazione BASE personale operativo infermieristico e di supporto	Incremento dotazione organica INFEMIERI	Incremento dotazione organica OSS	Risorse per implementazione personale infermieristico e di supporto
Ospedale Maggiore	RSA San Giusto	degenza internistica a bassa complessità covid	23 PL	10 infermieri 16 OSS	8	2	0
Ospedale di Cattinara Torre Medica 7° piano	Medicina Clinica	degenza internistica - Grigi	36 PL	14 infermieri 15 OSS	0	0	0
Ospedale di Cattinara Torre Medica 6° piano	Clinica Medica	degenza internistica - Grigi	19 PL	15 infermieri 15 OSS	0	0	0
Ospedale Maggiore	Geriatrics	degenza internistica Covid	23 PL	14 infermieri 12 OSS	1	1	0
Ospedale Maggiore	Medicina Riabilitativa	degenza internistica Covid	24 PL	13 infermieri 2 IG e 8 OSS	5	2	Adeguamento della dotazione organica da manovre organizzative o acquisizione di personale

PRE-TRIAGE PUNTI DI ACCESSO ALL'AZIENDA			
SEDE	ACCESSO	DOTAZIONE BASE	INCREMENTO
Ospedale Maggiore	Entrata principale	4 Inf/oss	4 inf/oss
Ospedale di Cattinara	Entrata principale	4 Inf/oss	4 inf/oss
Polo cardiologico	Entrata principale	1 inf/oss	1 inf/oss
Via Farneto	Medicina legale	1 Inf/oss	1 inf/oss
DIP	Ambulatori	2 inf/oss	2 inf/oss

DA ATTIVARE NELLA FASE PANDEMICA			
DIP		DOTAZIONE BASE	INCREMENTO
PRELIEVO TAMPONI AREA TERRITORIALE	Domiciliare e Residenze	5 infermieri e 5 oss	5 infermieri 5 oss

PRELIEVO TAMPONI	Presso Medicina del lavoro	8 unità	8 Unità (Personale dipendente e categorie enti esterni)
------------------	----------------------------	---------	---

6.5.2 AREA ISONTINA

PREMESSA

I contenuti del presente piano si applicano ai Presidi Ospedalieri, ai Distretti, al DSM e Servizio Dipendenze, al Servizio di prevenzione dell'area Isontina.

Il piano è stato condiviso con i componenti dell'area del comparto: Responsabili di Struttura, Referenti di Dipartimento e dei servizi dell'area Isontina

La predisposizione degli interventi da attuare nel caso si verifichi un'emergenza causata da una pandemia, simile o uguale a quella da Covid-19, deve tener conto:

- del mantenimento, così come indicato dall'Unità di Crisi aziendale", dell'area Isontina Covid free;
- del mantenimento delle attività sia delle strutture ospedaliere che territoriali, salvo diverse disposizioni dettate da esigenze normative (DPCM/ Ordinanze) del momento, sulla base dell'entità dell'evento, che decide e comunica l'eventuale sospensione delle attività di ricovero programmato ordinario, diurno e ambulatoriali, e le dimissioni di tutti i pazienti valutati come dimissibili;
- dell'accettazione contemporanea di un numero di pazienti eccedente il flusso ordinario di accessi nei PS così come un aumento dei trasporti da e per altre sedi Aera Giuliana;
- dall'aver acquisito in ogni singola struttura/ servizio percorsi puliti/sporchi e stanze di osservazione ed isolamento, e ove possibile identificate alcune zone;
- dall'aver acquisito esperienza anche nel pre-triage, nella prevenzione e nella sorveglianza epidemiologica dell'evento;
- dell'utilizzo di dati del periodo Covid fase pandemica riguardanti gli accessi, i ricoveri, le attività riportate alle singole unità operative, il numero di tamponi ecc.
- dell'utilizzo degli schemi del personale del comparto utilizzati e mobilitati per far fronte all'emergenza in fase 1;
- della protezione dall'esposizione del personale sanitario, i pazienti e altri contatti, attraverso formazione specifica e sorveglianza sanitaria secondo gli ultimi aggiornamenti scientifici;
- del miglioramento di una comunicazione del rischio efficace e mantenuta nel tempo;
- delle proposte formulate dai Dipartimenti nella pianificazione del piano ferie con mantenimento dei LEA.
- delle presenze degli operatori per ogni singola struttura nelle diverse fasi partendo dalla situazione cogente, nella normalità, tenendo in considerazione il personale realmente turnista e di coloro che hanno limitazioni.

La corretta gestione degli eventi complessi impone la collaborazione di tutte le strutture deputate all'emergenza sanitaria e non, attraverso i collegamenti organizzati e diretti secondo linee precise di responsabilità prefissate.

1. DESCRIZIONE AZIONI PREVISTE PER OGNI LIVELLO DI ATTIVAZIONE

L'elaborato descritto di seguito, tiene conto di due fasi principali:

FASE R 0 < 1 :

- È la normale modalità di funzionamento dell'ospedale; sono attivate le risorse ordinarie e si utilizzano le normali procedure di gestione;

AZIONI SE RIPRESA DEI CONTAGI in salita: R 0 >1

- Viene attivato quando sono in corso situazioni di rischio prevedibili, manifestazioni con notevole affluenza di pubblico.
- Viene attivato dall'azienda, quando vi è la possibilità che si verifichino eventi preceduti da indicazioni epidemiologiche.
- Le risorse aggiuntive vengono messe in preallarme, in modo che possano essere pronte ed attivate su chiamata .

2. Ruolo dei componenti del TEAM OPERATIVO del COMPARTO e RISCHIO CLINICO

Istituzione del "team operativo del comparto" che rappresenta il nucleo direzionale e decisionale durante le fasi operative.

Il Referente del Team comunica costantemente con i coordinatori dei vari livelli assistenziali, al fine di disporre di tutte le informazioni relative alla risposta sanitaria, monitorizza l'evento ed è in grado di coordinare gli interventi fornendo tutti gli aggiornamenti.

Il ruolo di ogni componente è di gestire il processo specifico assegnato e supportare le strutture cliniche e diagnostiche; le fasi critiche che vanno gestite riguardano:

- l'individuazione dei pazienti che non possono essere dimessi e vanno trasferiti;
- le modalità e i tempi per l'attivazione delle aree di espansione dove destinare i pazienti non dimissibili;
- l'individuazione di aree solitamente adibite ad altre attività per ampliare la ricettività dell'ospedale;
- l'ampliamento eventuale di attività critiche quali ad esempio la dialisi;
- il rapido esaurimento di scorte di farmaci, presidi e materiali nei reparti e nei servizi che richiede l'attivazione di sistemi di integrazione rapidi e consistenti;
- il presidio degli accessi all'ospedale e l'attività di filtro verso il Pronto Soccorso di persone non direttamente coinvolte nella maxi emergenza;
- il presidio della viabilità interna allo scopo di favorire il flusso dei pazienti coinvolti verso servizi/reparti/sale operatorie;
- le comunicazioni con i familiari delle persone coinvolte
- percorsi per aree specifiche del dipartimento Materno-Infantile.

DEFINIZIONI:

NECESSARI:	Rappresenta il personale per il mantenimento della normale modalità di funzionamento dell'ospedale e del territorio
TESTE ASSEGNATE	Rappresenta il numero di persone assegnate ed in carico in quel servizio, indipendentemente se presenti o assenti
F.T.Eq	Full Time Equivalenti: Rappresenta la forza lavoro reale, tolte le assenze lunghe (30 gg) e la quota di assenza data dal Part Time
Ridistribuzione straordinaria (in riserva)	il personale è comandato in servizio fino a nuova disposizione

MODALITÀ OPERATIVA:

Ogni singolo dipartimento ha concordato lo schema e le modalità sotto riportate in forma riassuntiva.

La rilevazione analitica è riportata in dettaglio nelle tabelle in allegato al presente documento suddiviso per AREA OSPEDALIERA ed AREA TERRITORIALE.

Reso noto il consuntivo della situazione delle risorse umane, il dirigente del Servizio Professioni Sanitarie Aziendale -Area Isontina- facente parte dell'Unità di Crisi Aziendale ed avendo una visione complessiva delle problematiche, decide la distribuzione delle risorse in riserva versus aree/servizi che necessitano di potenziamento secondo l'evoluzione epidemiologica e le indicazioni strategiche.

3. Azioni previste per ogni livello di attivazione OSPEDALIERA

Modalità di risposta AREA MEDICA

AZIONI straordinarie (Fase R0>1) in emergenza COVID - Area Medica

- Aree di degenza:
 - si prevedono riduzione di PL
 - Identificazione di aree ad alto rischio (es. patologie polmonari) - zona filtro/rossa
- Aree Ambulatoriali:
 - Riduzione attività secondo indicazioni
- Oncologia:
 - Mantenimento servizio
- Dialisi:
 - Mantenimento attività
- Area Riabilitazione:
 - Riduzione attività

FASI	AREA MEDICA					
R0<1	INFERMIERI		OSS		Ass. Sanitari	
	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ
	144	139,8	97	90,8	2	2
Necessari		Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.
R0>1	126	13,8	73,8	12	2	0

Modalità di risposta AREA CHIRURGICA

AZIONI straordinarie (Fase R0>1) in emergenza COVID - Area CHIRURGICA

- Aree di degenza:
 - si prevedono riduzione di PL
 - Identificazione di aree ad alto rischio (es. patologie polmonari) - zona filtro/rossa
- Aree Ambulatoriali:
 - Mantenimento attività ambulatoriali prevenzione oncologica (es. Endoscopia)
 - Riduzione attività secondo indicazioni
- Traumatologia:
 - Mantenimento servizio
- Blocchi Operatori:
 - Mantenimento delle urgenze e chirurgia d'elezione secondo le indicazioni
 - Potenziamento esecuzione tamponi screening chirurgico
 - Potenziamento per attivazione percorso/sala Covid per Emergenze

FASI	AREA CHIRURGICA			
R0<1	INFERMIERI		OSS	
	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ
	184	177,2	96	91,4
Necessari		Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.
R0>1	161,6	15,6	74,8	16,6

Modalità di risposta AREA EMERGENZA

AZIONI straordinarie (Fase R0>1) in emergenza COVID - Area EMERGENZA

- Pronto Soccorso:
 - Potenziamento secondo modello modulare delle aree filtro
 - Potenziamento esecuzione tamponi e/o altra attività diagnostica sia di screening che per diagnosi differenziale
 - Percorso differenziale Pediatrico

- Potenziamento trasporti verso Ospedali Hub
- Ristrutturazione logistica reparto con istituzione camera isolamento a pressione negativa
- Coinvolgimento RAU in PS
- Aree OBI:
 - Potenziamento box per attivazione pre-triage
 - Potenziamento box zona filtro-osservazione
 - Ristrutturazione logistica reparto (med d'urg) percorsi pulito/sporco
- Terapie Intensive:
 - Potenziamento PL terapia Intensiva come da pianificazione regionale
 - Ristrutturazione logistica reparto con istituzione camera isolamento a pressione negativa
- Cardiologia/UCIC :
 - Riduzione attività

ASI	AREA EMERGENZA			
R0<1	INFERMIERI		OSS	
	Teste assegnate	F.T.-EQ	Teste assegnate	F.T.-EQ
	146	139,5	49	45,8
	Necessari	Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.
R0>1	149,4	-10	56	-10,2

Modalità di risposta AREA MATERNO-INFANTILE

AZIONI straordinarie (Fase R0>1) in emergenza COVID - Area MATERNO-INFANTILE

- Pediatria:
 - Potenziamento per copertura sospetto Covid in Primo soccorso Pediatrico
 - Ristrutturazione reparto per definizione zona filtro e percorso Covid Pediatrico
- Ostetricia:
 - Potenziamento per percorso Covid Ostetrico ed esecuzione tamponi
 - Ristrutturazione reparto per definizione zona filtro e percorso Covid Ostetrico-Ginecologico

FASI	AREA MATERNO-INFANTILE					
R0<1	INFERMIERI		OSS		OSTETRICHE	
	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ
	23	20,6	15	15	26	22,5
	Necessari	Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.
R0>1	25	-5	18	-3	28	-5,5

Modalità di risposta AREA SERVIZI DIAGNOSTICI

AZIONI straordinarie (Fase R0>1) in emergenza COVID - Area SERVIZI DIAGNOSTICO

- Laboratorio:
 - Potenziamento per esecuzione diagnostica Covid (ematica-colturale)

- Radiologia:
 - Potenziamento per diagnostica diagnosi differenziale
 - Riorganizzazione percorso Covid (sezioni dedicate o mobili) o in Area d’Emergenza.

FASI	SERVIZI DIAGNOSTICI					
	INFERMIERI		OSS		Tecnici	
R0<1	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ
		22	20,8	3	3	61
	Necessari	Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.
R0>1	26	-5,2	3	0	69,7	-11

Modalità di risposta AREA delle DIREZIONI

AZIONI straordinarie (Fase R0>1) in emergenza COVID - Area DIREZIONI OSPEDALIERE

- Attivazione pre-triage:
 - Potenziamento per realizzazione pre-triage ingressi Ospedalieri
 - Chiusura ingressi Ospedalieri salvo modalità stabilite attraverso il centralino

- Verifica ed attivazione Sanificazione:
 - Potenziamento sanificazione ambientale e superfici

- Sorveglianza sanitaria:
 - Attivazione esecuzione tamponi/sierologici con medico competente e sorveglianza
 - Distribuzione DPI
 - Organizzazione interna ed esterna trasporti pazienti
 - Organizzazione interna ed esterna materiali

FASI	AREA delle DIREZIONI					
R0<1	INFERMIERI		OSS		Assistenti Sanitari	
	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ
	9	7,8	10	10	7	6,6
Necessari		Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.
R0>1	9	-1,2	10	0	10	-3.4
FASI						
R0<1	DIETISTE					
	Teste assegnate	F.T. EQ				
	5	5				
Necessari		Ridistribuzione straord.				
R0>1	5	0				

TOTALI AREA OSPEDALIERA

FASI	TOTALI AREA OSPEDALIERA					
R0<1	INFERMIERI		OSS		ASS. SANITARI	
	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ
	529	506.7	270	256	9	8,6
Necessari		Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.
R0>1	798	8,7	235,6	15.4	12	-3.4

Altre Professioni

FASI	TOTALI AREA OSPEDALIERA					
R0<1	OSTETRICHE		Dietiste		Tecnici Sanitari	
	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ
	26	22,5	5	5	61	58.7
Necessari		Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.
R0>1	28	-5,5	5	0	69,7	-11

FASI	TOTALI AREA OSPEDALIERA	
R0<1	Fisioterapisti	
	Teste assegnate	F.T.-EQ
	19	18
Necessari		Ridistribuzione straord.
R0>1	13	5

4. Azioni previste per ogni livello di attivazione TERRITORIALE

Modalità di risposta AREA del DISTRETTO ALTO ISONTINO

AZIONI straordinarie (Fase R0>1) in emergenza COVID - D.ALTO ISONTINO

- SID-ADI
 - Potenziamento prestazioni domiciliari ed esecuzione attività di screening (tamponi) a domicilio
- CURE PALLIATIVE
 - Potenziamento delle prestazioni e di accompagnamento alla morte a domicilio
- SANITA' PENITENZIARIA
 - Esecuzione attività di screening (tamponi) in loco e monitoraggio corretti comportamenti e sanificazione ai fini della prevenzione
- PERCORSO NASCITA
 - Potenziamento delle prestazioni a domicilio a sostegno del pre-post parto
- STRUTTURE PROTETTE
 - Distribuzione DPI
 - Sorveglianza e monitoraggio delle strutture protette di competenza territoriale

FASI	DAI					
	INFERMIERI		OSS		Ostetriche	
R0<1	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ
		68	60,5	42	40,9	2
Necessari		Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.
R0>1	65,5	-5	41,4	-0,5	2	0

Altre professioni

FASI	DAI					
	Fisioterapisti		Logopedisti		Tecnici NPI	
R0<1	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ
		12	12	5	5	3
Necessari		Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.
R0>1	12	0	5	0	3	0

Modalità di risposta AREA del DISTRETTO BASSO ISONTINO

AZIONI straordinarie (Fase R>1) in emergenza COVID - D.BASSO ISONTINO

- SID-ADI
 - Potenziamento prestazioni domiciliari ed esecuzione attività di screening (tamponi) a domicilio
- CURE PALLIATIVE
 - Potenziamento delle prestazioni e di accompagnamento alla morte a domicilio
- PERCORSO NASCITA
 - Potenziamento delle prestazioni a domicilio a sostegno del pre-post parto
- STRUTTURE PROTETTE
 - Distribuzione DPI
 - Sorveglianza e monitoraggio delle strutture protette di competenza territoriale

FASI	DBI					
	INFERMIERI		OSS		Ostetriche	
R0<1	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ
		69	68,3	42	40,9	2
	Necessari		Necessari		Necessari	
		Ridistribuzione straord.		Ridistribuzione straord.		Ridistribuzione straord.
R0>1	61	7,3	41,4	-0,5	2	-0,3

Altre professioni

FASI	DBI			
	Fisioterapisti		Logopedisti	
R0<1	Teste assegnate	F.T.-EQ	Teste assegnate	F.T.-EQ
		9	9	3
	Necessari		Necessari	
		Ridistribuzione straord.		Ridistribuzione straord.
R0>1	9	0	3	0

Modalità di risposta AREA del DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

AZIONI straordinarie (Fase R>1) in emergenza COVID - D.S.M.

- CSM
 - Riduzione accessi ambulatoriali
 - Potenziamento prestazioni domiciliari e telefoniche

FASI	DSM					
	INFERMIERI		OSS		Educatori	
R0<1	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ
	39	37,5	7	7	5	5
Necessari		Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.
R0>1	34,5	3	7	0	5	0

Modalità di risposta AREA del DIPENDENZE

AZIONI straordinarie (Fase R>1) in emergenza COVID - Dipendenze

- Attività ambulatoriale
 - Potenziamento prestazioni domiciliari e di affido

FASI	DIPENDENZE					
	INFERMIERI		Assistenti Sanitari		Assistenti Sociali	
R0<1	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ
	5	4,8	1	1	1	1
Necessari		Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.
R0>1	5	-0,2	1	0	1	0

Modalità di risposta AREA DIP PREVENZIONE

AZIONI straordinarie (Fase R>1) in emergenza COVID - DIP PREVENZIONE

- SANITA' PUBBLICA
 - Potenziamento attività di screening (tamponi) sulla popolazione, comunità (scuole, centri estivi, ecc.), indagine epidemiologica contatti e relativa sorveglianza
 - Potenziamento attività vaccinale

FASI	DIPARTIMENTO PREVENZIONE					
	INFERMIERI		Assistenti Sanitari		Tecnici Prev	
R0<1	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ
		10	10	11	11	19
Necessari		Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.
R0>1	9	1	19	-8	20	-1

Altre professioni

FASI	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	
	Assistenti Sociali	
R0<1	Teste assegnate	F.T. EQ
		1
Necessari		Ridistribuzione straord.
R0>1	1	0

TOTALI AREA TERRITORIALE

FASI	TOTALI AREA TERRITORIALE					
	INFERMIERI		OSS		ASS. SANITARI	
R0<1	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ
		191	181,1	83	80,4	11
Necessari		Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.
R0>1	175	6,1	78,4	2,0	19	-8

Altre professioni

FASI	TOTALI AREA TERRITORIALE					
	OSTETRICHE		Dietiste		Tecnici Sanitari	
R0<1	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ
		4	3,7	1	1	22
Necessari		Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.
R0>1	4	-0,3	1	0	23	-1

Altre professioni

FASI	TOTALI AREA TERRITORIALE					
	Fisioterapisti		Educatori		Ass. Sociali	
R0<1	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ	Teste assegnate	F.T. EQ
		21	21	5	5	3
Necessari		Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.	Necessari	Ridistribuzione straord.
R0>1	21	0	5	0	3	0

Altre professioni

FASI	TOT. AREA TERRITORIALE	
	Logopedisti	
R0<1	Teste assegnate	F.T. EQ
		5
Necessari		Ridistribuzione straord.
R0>1	5	0

CONSIDERAZIONI sul personale

Ad integrazione del calcolo quantitativo numerico sopraesposto, va considerato la **qualità** del personale in servizio.

In particolare i capitoli da considerazione che vincolano le manovre organizzative sono:

- 1) **Età:** l'età media è pari a 44,6 anni con un'anzianità media di servizio di circa 20 anni;
- 2) **Idoneità / limitazioni:** le limitazioni all'attività lavorativa rappresentano un condizionamento nell'organizzazione del lavoro con un notevole impatto economico e sociale. Sono destinate ad aumentare in relazione all'aumento dell'età media del personale sanitario, pongono diverse problematiche:
 - l'esigenza di tutelare la salute del lavoratore che si scontra con la garanzia che l'organizzazione funzioni;
 - l'esigenza di garantire l'erogazione di un'assistenza di qualità;
 - le idoneità parziali temporanee sono riguardano il 3,4 % del personale sanitario, mentre le idoneità parziali permanenti raggiungono il 7,8%;
 - di queste il 49,5 % sono relative alle movimentazioni di carichi e di pazienti, seguono le limitazioni alle posture con il 12,6% e quelle al lavoro notturno ed alle reperibilità (12%);
 - l'11,4% riguarda le limitazioni all'esposizione ai videoterminali, il rischio biologico, il contatto con i pazienti, l'impossibilità di operare in reparti specifici;
 - solo il 5,4 % delle limitazioni sono dovute alle esposizioni ad agenti di rischio chimico o allergie;

- in periodo di aumento del rischio biologico (es Covid) sono da considerare anche le limitazioni del personale che, per motivo di salute, non possono essere esposti al front-office e quindi non fruibili ai fini assistenziali.
- 3) **Elevato turn-over del personale:** l'alto tasso di turnover è un problema urgente che causa gravi ripercussioni sulla qualità, impegnando l'organizzazione all'acquisizione costante di nuove competenze, trasformandolo in leva motivazionale;
 - 4) **L.104-congedoni, assenze per maternità:** nel calcolo del personale non sono considerate le assenze aggiuntive all'applicazione di questo istituto, che in periodo R>1 è stato implementato secondo le normative nazionali;
 - 5) **Smart working:** l'applicazione del telelavoro e *smart working*, ove applicabile, rallenta e limita l'attività amministrativa creando dei ritardi di tipo organizzativo (es. fornitura materiale, assunzione personale).

PROPOSTE e CONCLUSIONI

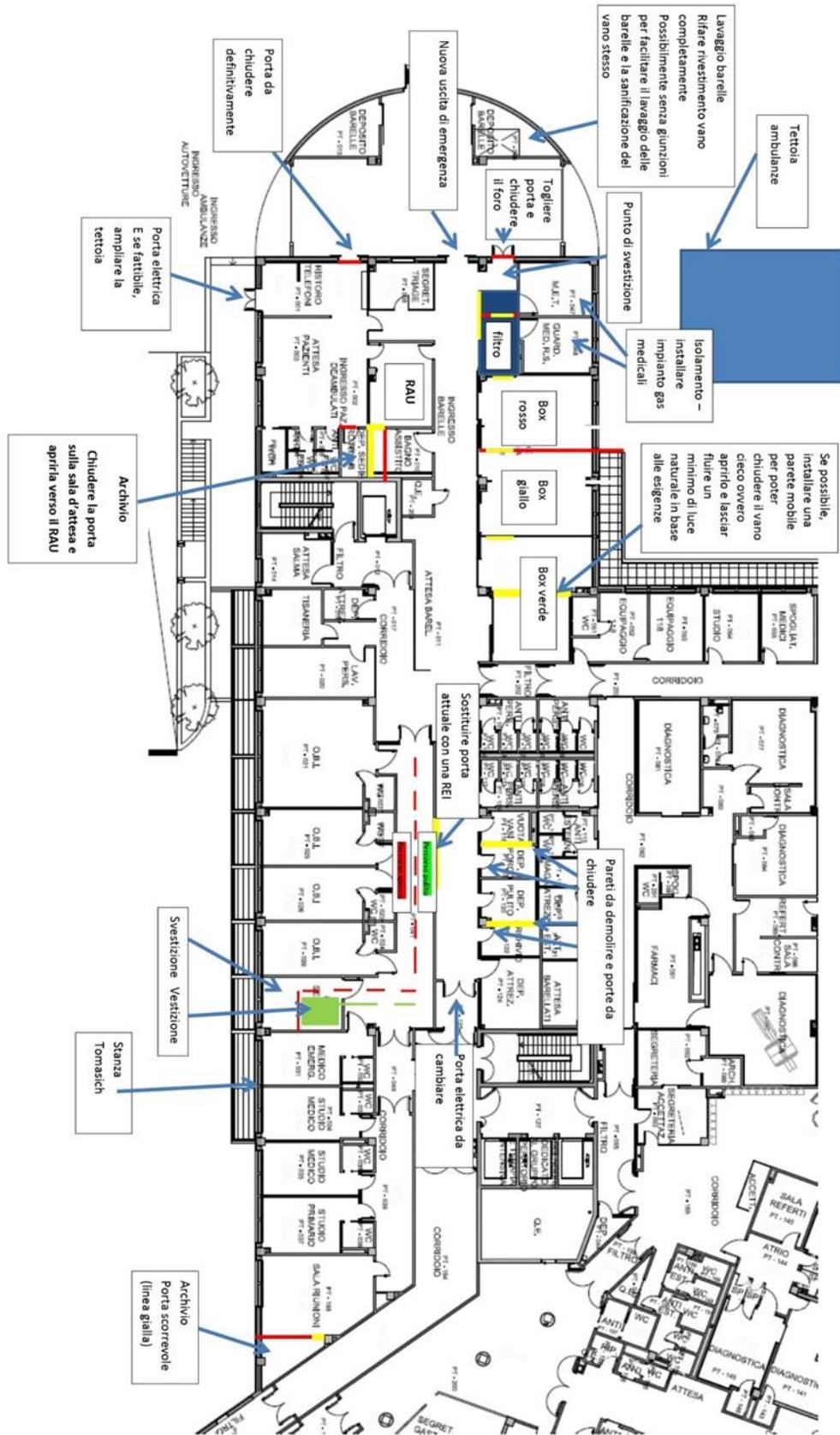
Al termine dell'analisi del documento si evince che il numero del personale, in rapporto anche alla sua qualità, copre appena il fabbisogno sopradescritto ma entra in crisi appena aumenta il numero di assenze a vario titolo.

Al fine di implementare il piano esposto si propone quanto segue:

- 6) Istituzione del "Team Operativo del comparto";
- 7) favorire l'adesione del personale dipendente alla copertura vaccinale, come da indicazioni ministeriali;
- 8) riedizione della formazione specifica Covid e aggiornamento e addestramento che ha avuto un buon impatto nel personale del comparto in quanto nell' Edizione 0 hanno partecipato numero 17 infermieri appartenenti alle seguenti aree:
 - 2 area medica
 - 1 dialisi
 - 5 area chirurgica
 - 3 area cardiologica
 - 3 area emergenza
 - 3 area territoriale
- 9) implementazione della sorveglianza sanificazione ambientale e dell'adesione ai comportamenti corretti -operatori (igiene mani, igiene respiratoria);
- 10) riorganizzazione rete assistenziale per livelli di complessità crescente e di rischio, mantenendo un alto grado di flessibilità e di integrazione ai fini di erogare cure omogenee;
- 11) identificazione dei punti di snodo locali a rilevanza aziendale (es. PS- TI- Distretti);

Allegato:

ristrutturazione percorsi PS H di Gorizia



6.6 RISORSE UMANE - DIRIGENZA

PREMESSA

Questa fase transitoria di stabilità, dovrà essere dedicata a mappare le competenze dell'intera ASUGI e reclutare risorse per poter formare il massimo personale possibile sulla specifica patologia da impiegare quando necessario nelle aree intensive, semintensive, infettive acute, mediche e di supporto ai servizi di diagnosi e laboratorio coinvolte nella gestione dell'emergenza COVID-19.

La mappatura dovrà produrre un elenco con:

- infermieri che hanno lavorato in terapie intensive ed il loro attuale posto di lavoro (competenze dormienti).
- Infermieri e loro posto di lavoro che durante la prima fase hanno già collaborato ed acquisito competenze minime in area intensiva COVID (sale operatorie, medicina iperbarica).
- Infermieri e loro posto di lavoro, che hanno fatto il corso di formazione specifico per acquisire le competenze minime in area intensiva o semintensiva COVID (infermieri riservisti)
- Medici e loro posto di lavoro, che hanno fatto il corso di formazione specifico per acquisire le competenze minime in area intensiva o semintensiva COVID (medici riservisti)

La Direzione Sanitaria e Infermieristica, provvederà a stendere un piano dove indicherà:

- L'elenco dei nomi degli infermieri con "competenze dormienti" di tutta l'ASUGI" da spostare immediatamente, dalle strutture ove operano, alle Terapie intensive, se necessario già nella fase 2.
- L'elenco degli infermiere e dei medici formati di TUTTA l'ASUGI, con lo specifico corso da destinare in area intensiva nella fase di "Ripresa ".
- L'elenco delle attività da contrarre per il recupero delle risorse necessarie ovvero percentuale di attività chirurgica e/o loro eventuale redistribuzione in tutta la ASUGI.
- La sequenza delle misure e delle eventuali chiusure e/o spostamenti dovranno essere in ragione :
 1. numero di risorse necessarie fra quelle rese disponibili, ovvero dei colleghi "dormienti" dei colleghi "riservisti" e dei colleghi delle sale operatorie necessari.
 2. Contrazione/sospensione di attività in percentuale alla necessità di operatori da reperire.
 3. Rimodulazione dell'attività chirurgica stessa fra i Nosocomi di Trieste, Gorizia e Monfalcone.
 4. Necessità di trasferire ove necessario risorse formate

Lo sviluppo delle azioni per fronteggiare un' ulteriore afflusso di pazienti con patologia COVID-19 non può essere avulsa dalla pregressa esperienza clinico assistenziale e di specifici criteri di accesso nei

vari setting di cura. Ovvero il numero degli accessi e le conoscenze acquisite sulla patologia sono patrimonio che entrano nella pianificazione delle risposte che si intendono mettere in atto.

Nello specifico nel periodo considerato (12 marzo-9 giugno) sono stati assistiti 379 pazienti COVID-19 positivi di cui 217 dimessi, 23 negativizzati ma ancora degenti per altre patologie e 136 pazienti deceduti nei nosocomi Giuliani.

La popolazione sopra considerata viene suddivisa secondo lo seguente schema per area di intensità di cure:

1. Area intensiva: 32 pazienti COVID-19 positivi totali con massima presenza di 14 pazienti contemporanei.
2. Area semintensiva (pneumologia) 94 pazienti COVID-19 positivi
3. Area infettivologica acuta 153 pazienti COVID-19 positivi
4. Area internistica: circa 279 pazienti COVID-19 positivi (Geriatrics, Riabilitazione, RSA San Giusto e reparto di Medicina Clinica presso la Day Surgery. Ospedale di Cattinara con l'area dedicata ai sospetti presso la Clinica Medica)

La pronta risposta alla pandemia ha necessitato la modulazione delle seguenti attività:

1. Per l'area intensiva: chiusura e reclutamento di cinque infermieri della Terapia Iperbarica, spostamento di 4 infermieri del servizio APS (*Acute Pain Service*) e 20 infermieri dal complesso operatorio di Cattinara. Inoltre sono stati prontamente reclutati 2 infermieri dormienti, rispettivamente dalla Clinica Odontostomatologica e Clinica Urologica.

Le terapie intensive T1 e T2 sono state dedicate al COVID-19 (passando da 13 a 15 posti letto) così come il presidio intensivo, dotato di un posto letto tecnico, presso l'Ospedale Maggiore, ha subito un raddoppio dello schieramento del personale della dirigenza e l'attivazione di una reperibilità del comparto, a supporto della pneumologia ed infettivologia.

Per il personale medico si è provveduto al recupero di due risorse dal servizio di Terapia Iperbarica, e dall'ambulatorio del dolore cronico, garantendo come per il personale infermieristico, la pronta disponibilità per le relative emergenze. Inoltre sono stati acquisiti con contratto di collaborazione continua ulteriori 4 dirigenti medici specializzandi in anestesia e rianimazione.

Il turno del personale medico operante in T1 e T2 è stato incrementato nella fascia oraria pomeridiana e notturna con un'ulteriore unità, con le seguenti presenze (3 mattina, 3 pomeriggio, 2 notte).

La T.I.P.O ha incrementato i posti letto da 3 a 8 garantendo l'emergenze interne ed esterne oltre alla consueta attività di *Recovery Room*. Il turno del personale medico è stato incrementato nella fascia oraria mattutina e pomeridiana di un'unità, con le seguenti presenze (2 mattina, 2

pomeriggio, 1 notte). Il personale del comparto è stato incrementato di un infermiere e di OSS nelle 24 ore.

In attesa della predisposizione delle aree dedicate al 12 e 13 piano della torre medica di Cattinara, i pazienti COVID-19 positivi sono stati accolti anche dalla terapia intensiva di Gorizia con 14 posti disponibili e relativa contrazione dell'attività.

Nell'area Giuliana la necessità di recuperare le risorse ha costretto alla chiusura dell'attività chirurgica elettiva della *day surgery*, clinica oculistica e odontostomatologica, con garanzia di risposta per le sole urgenze/emergenze. Presso il complesso operatorio dell'ospedale di Cattinara si è resa necessaria una riduzione media del 42 % dell'attività chirurgica rispetto allo stesso periodo considerato in trenta giorni lavorativi del 2019. Dai dati espressi nella tabella 1 si evincono le riduzioni in percentuale di ogni singola specialità che corrispondono a sedute non eseguite e necessariamente da recuperare nell'area Isontina ad eccezion fatta di alcune specialità che di pertinenza dell'ospedale HUB, risultano non essere trasferibili rispetto all'offerta strutturale organizzativa dell'area Isontina. Si fornisce a titolo di esempio per la clinica chirurgica ed urologica il numero di interventi in elezione non eseguiti paria 38 e 25 rispettivamente e corrispondenti a 3 e 2 sedute settimanali (calcolando media 3 pazienti/seduta) da eseguire presso l'area Isontina

Interv. In ELEZIONE dal 18/03 al 30/04/2019 (30 giorni)	
	Numero
Cl.Chirurgica	135
Ch.Plastica	62
Ch.Toracica	31
Ch.Vascolare	40
Cl.Otorino	96
Cl.Ortopedica	206
Cl.Urologica	89
Neurochirurgia	43
Totale	702
	23,4/die

Interv. In ELEZIONE dal 16/03 al 27/04/2020 (30 giorni)		
	Numero	%
Cl.Chirurgica	97	71,9
Ch.Plastica	29	46,8
Ch.Toracica	24	77,4
Ch.Vascolare	26	65,0
Cl.Otorino	31	32,3
Cl.Ortopedica	115	55,8
Cl.Urologica	64	71,9
Neurochirurgia	19	44,2
Odontostomatologia	2	
	407	58%
	13,6/die	

- Per l'area semintensiva (pneumologia) è stato necessario a partire dal 10 marzo lo spostamento del personale in area dedicata a pazienti COVID-19 con insufficienza respiratoria grave e polmonite al 4° piano dell'Ospedale Maggiore al posto della SC Dermatologia (15 p.l. aperti in rapida progressione). Contestualmente è stato drasticamente ridotto il numero di posti letto in degenza UTIR-Pneumologia non-COVID (13°p TC Cattinara) con riadattamento a pressione negativa di tutte le stanze tranne una, bloccata l'attività ambulatoriale tranne le urgenze e ridotta

l'attività di DH ai casi più urgenti (es. diagnosi di neoplasia). Sono state perse almeno 1550 prestazioni ambulatoriali e 142 aperture di *Day-Hospital*. L'area intensiva pneumologica-semintensiva è stata spostata il 3 aprile al 12°p TM di Cattinara con saturazione massima di 16 p.l. e poi a fine Maggio al 13°pTM. Per il personale medico sono stati acquisiti temporaneamente 2 medici da Monfalcone-Gorizia, 13 medici neolaureati assunti Co.Co.pro dopo corso intensivo, e sono stati "prestati" dalla SC Cardiologia 8 medici strutturati e 7 medici specializzandi del 3°-4° anno. Sono stati inseriti nei turni anche 5 medici specializzandi di Malattie dell'Apparato Respiratorio di Trieste. Il personale del Comparto reclutato in più per l'emergenza COVID-19 in Pneumologia è stato recuperato da vari reparti.

In previsione di nuova emergenza in autunno-inverno la SC Pneumologia ridurrebbe la capienza delle proprie strutture in modo meno radicale, mantenendo una funzionalità meno drasticamente ridotta se si potesse far fronte alla grave carenza di personale medico che si è venuta a creare nell'ultimo anno.

Nel periodo fine-2019 inizio settembre 2020 la SC Pneumologia pur avendo stabilizzato 3 dirigenti medici precari, ha perso 6 pneumologi per dimissioni-pensionamento (C.A, S.B., M.R., S.S., A.U., A.P.), 1 pneumologa è assente per gravidanza (R.C.) da marzo 2020 ed ha potuto assumere solo 1 dirigente medico reumatologo (B.R.) a giugno 2020. Quindi, indipendentemente dalle necessità legate a un riemergere dell'emergenza COVID in autunno-inverno la SC Pneumologia si trova con 6 medici in meno del previsto. A questi andrebbero aggiunti almeno 6 medici in più (12 dirigenti medici) per far fronte ad eventuale nuova emergenza COVID in autunno-Inverno. E' pertanto indispensabile predisporre un bando di concorso per dirigenti medici di Mal. App. Respiratorio per far fronte alla situazione.

Medici pneumologi usciti 2019-2020	Medici assunti per SC Pneumologia 2020	Ulteriore numero medici necessari per emergenza semi-intensiva
6 (dimissioni) + 1 (gradivanza)	1	8

PERSONALE MEDICO REPARTI COVID

In questa parte del capitolo 6.6 si descrive la dotazione di personale medico nei reparti COVID dell'area infettivologica/internistica, semi-intensiva e intensiva, alla situazione attuale e nell'ipotesi di ripresa dell'epidemia o eventuale fase pandemica. In una tabella sintetica si riporta il personale necessario ad aumentare l'organico in relazione alle azioni organizzative descritte nel capitolo 5.8.1 che prevedono sia l'attivazione di nuove aree di degenza, sia la conversione di strutture internistiche, già esistenti, a strutture per accogliere pazienti COVID sintomatici. Per incrementare l'organico, dove necessario, i medici potranno essere reclutati tra gli specialisti che hanno già supportato il reparto nella fase pandemica di marzo/aprile. Verrà quindi redatta una lista di medici che hanno acquisito competenze

supportando i reparti Covid oppure con medici che si sono candidati come volontari per l'area semi-intensiva o internistica. Se necessario, si potrà attivare l'acquisizione di nuovo personale mediante l'ufficio concorsi (ad es contratti Co.Co.Co.)

S.C. MALATTIE INFETTIVE: L'attuale dotazione organica sarà re-integrata a breve con tre assunzioni di medici specialisti in Malattie Infettive. Nell'eventuale fase di pandemia, in cui sono previsti posti letto COVID sia al 13° piano di Cattinara sia al terzo piano della palazzina infettivi del Maggiore (sede attuale del reparto) sarà necessario distribuire gli specialisti infettivologi su due sedi, integrando entrambi i reparti con personale con competenze internistiche.

TERAPIA INTENSIVA (Vedi capitolo Area COVID - 5.8.1)

S.C. PNEUMOLOGIA: La Pneumologia dovrà garantire la continuità del servizio e delle prestazioni ambulatoriali per i pazienti con patologie croniche. La dotazione attuale prevedrebbe 17 dirigenti, due unità sono assenti temporaneamente. Fermo restando la necessità di integrazione della dotazione di base del reparto, l'eventuale apertura di ulteriori posti letto COVID pneumologici semi-intensivi al 12° piano o al 13° piano richiede il reclutamento di medici specialisti pneumologi, anche in parte internisti.

RSA SAN GIUSTO: Attualmente l'RSA San Giusto accoglie pazienti COVID positivi o in fase di negativizzazione asintomatici e stabili, seguiti dal personale medico della RSA. Nella fase pandemica da valutare se necessario integrare la dotazione con medici dell'area territoriale con competenze internistiche in base alla complessità dei pazienti trasferiti dai reparti di degenza.

S.C. GERIATRIA: la dotazione del reparto al momento è integrata con due medici Co.Co.Co. che servono a supportare il reparto, anche nella copertura delle guardie notturne, a cui non partecipa attualmente la SC Ematologia. Qualora il reparto fosse convertito a COVID nella fase pandemica, sarà necessario supportare il reparto con un'ulteriore integrazione di due dirigenti medici geriatri o internisti, come già fatto nel periodo marzo/aprile.

S.C. MEDICINA RIABILITATIVA: La Medicina Riabilitativa ha una dotazione di 7 dirigenti (di cui 1 in arrivo il 16 ottobre) e un medico Co.Co.Co. Nella fase pandemica sarà necessario integrare le competenze con due dirigenti internisti.

Tabella incremento personale

		INTEGRAZIONE PERSONALE da reclutare		
	DOTAZIONE ORGANICA ATTUALE	FASE DI STABILITA'	FASE DI RIPRESA DEI CONTAGI	FASE PANDEMICA
REPARTO COVID	MEDICI	MEDICI	MEDICI	MEDICI
Terapia Intensiva	2 direttori; 50 dirigenti, di cui 4 cardioanestesisti	5	3	6
Pneumologia	1 direttore universitario; 15 dirigenti	0	1	5
Malattie Infettive	1 direttore universitario; 5 dirigenti, di cui 1 universitario	0	0	8
Geriatrics (riconversione)	1 direttore; 6 dirigenti ospedalieri e 1 dirigente universitario	0	0	2
Riabilitazione (riconversione)	1 direttore; 6 dirigenti	0	0	2
RSA San Giusto	3 dirigenti	0	0	0

7. MONITORAGGIO

In base all'esperienza maturata dall'inizio dell'emergenza COVID-19 ASUGI prevede di dotarsi di diversi strumenti di monitoraggio per affrontare il debito informativo nei suoi molteplici aspetti.

Da un lato sul piano emergenziale la gestione del quotidiano, in particolare in presenza di un forte pressione sul sistema di salute, in primis delle attività di sorveglianza sanitaria proprie del Dipartimento di Prevenzione, necessita di uno strumento informatizzato di governo; dall'altro è necessario comprendere la dimensione prospettica dell'evolversi della situazione, in un quadro più ampio dinamico e analitico di supporto direzionale.

È importante sottolineare in premessa che l'utilità di un sistema di monitoraggio è direttamente proporzionale alla tempestività e alla completezza con cui è alimentato, sia ciò avvenga con registrazioni manuali che con upload automatici.

È quindi condizione imprescindibile riportare la responsabilità dell'alimentazione dei sistemi informativi per competenza alla massima attenzione.

ASUGI si dota di diversi strumenti di monitoraggio attraverso cui è possibile condurre un'analisi degli interventi programmati e realizzati, al fine di documentarne lo svolgimento e valutarne l'efficacia. Vengono utilizzati applicativi e programmi informatici regionali più avanti descritti, per il supporto e l'alimentazione di cruscotti specifici e per la realizzazione di reportistica, con frequenza e dettaglio mirate in base allo scenario pandemico.

7.1 CRUSCOTTO

COVID HELPER

La soluzione applicativa CovidHelper (CH) è stata pensata per rispondere alle attività proprie del Dipartimento di Prevenzione di sorveglianza sanitaria, epidemiologiche e di assolvimento del debito informativo verso stakeholder vari.

Ad uso in primis degli operatori del DIP, si sta progressivamente sviluppando nella direzione di poter disporre in maniera il più possibile automatizzata di un solido aiuto informatico gestionale anche per i distretti, le USCA e la direzione aziendale, per tutti gli stakeholder.

In generale, il sistema è stato ideato prevedendo le seguenti macro funzioni:

- INTEGRAZIONE di tutte le fonti dati a disposizione, privilegiando quelle fornite dai sistemi del SIO attraverso carichi automatizzati a cadenza stabilita, permettendo comunque il carico di file esterni, sia in maniera massiva che d’iniziativa dell’utente. Di seguito l’elenco delle fonti dati:
 - Anagrafe assistiti
 - Dipendenti ASUGI
 - Ricoveri Reparti Covid
 - Tamponi
 - Sierologia - in fieri
 - Ospiti RSA, Case di Riposo, Strutture per disabili
 - Operatori RSA, Case di Riposo, Strutture per disabili
 - Schede di valutazione SIASI COVID
 - Schede Tamponi SIASI COVID - in fieri.

L’attività di integrazione viene eseguita dal sistema una volta al giorno con i dati che ogni giorno sono messi a disposizione dalle varie fonti e che fotografano la situazione sino al giorno precedente l’attività di integrazione.

- PULIZIA dei dati, rilevando e proponendo all’utente report di scostamento e incoerenza e suggerendo di fatto le aree dati su cui agire per una correzione manuale.
- REPORT di varia natura che costituiscano una base decisionale per l’attività quotidiana di sorveglianza e la base per realizzare in maniera automatizzata quanto dovuto per il debito informativo verso gli stakeholder.

Nello specifico, il sistema consta delle seguenti viste:

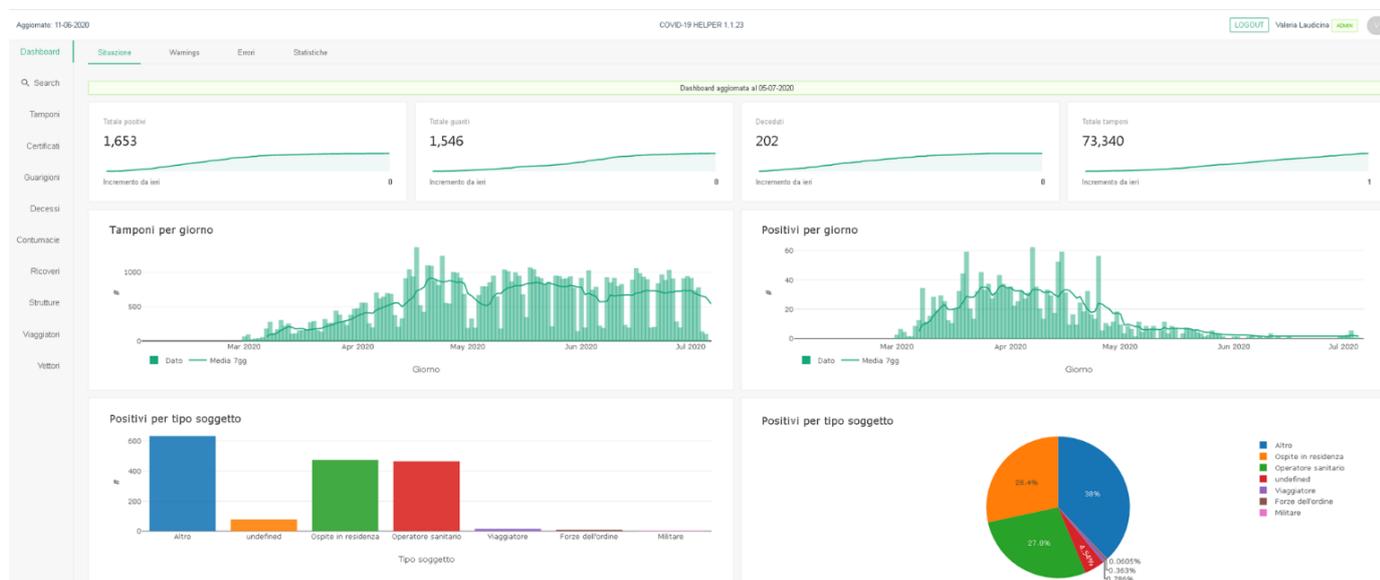
- Dashboard, cruscotto che presenta l’andamento della pandemia in ASUGI anche attraverso istogrammi e diagrammi a torta. Da questa vista sono inoltre presenti le sottoviste che rilevano:
 - *Warning*: a titolo di esempio non esclusivo, per i casi: “Conclusione contumacia a breve”, “Conclusione contumacia a breve, non ha una scheda da almeno 3 giorni”, “Persona in quarantena che non possiede schede da almeno 7 giorni”;
 - *Errori*: nella compilazione delle schede di Schede di valutazione SIASI COVID
 - *Statistiche*
 - Generali: Tamponi, Persone, Per comune
 - CdR e RSD, RSA
- Funzione di ricerca del singolo assistito.
- Tamponi: Positivi montanti, Positivi ora, Positivi confermati, Nuovi Positivi, Nuovi negativi, Nuovi non idonei.
- Guarigioni: In guarigione, Guariti

- Decessi: Nuovi deceduti, Deceduti per comune
- Contumacie: Quarantena, Isolamento
- Ricoveri (Reparti COVID)
- Strutture (Operatori e Ospiti): Anziani, Disabili, RSA
- Vettori e contatti

Ciascuna vista implementa specifici filtri per ricerche di dettaglio.

Dalla selezione di una singola riga di una vista è possibile sempre accedere ai dati di dettaglio: Anagrafica, Diario, Sorgenti, Errori.

È altresì possibile esportare i dati delle viste in file .xls.



È in fase di sviluppo l'integrazione della fonte dati dei test di sierologia.

Per questi dati è prevista una vista ad hoc in analogia alla vista Tamponi. In aggiunta le informazioni di questa fonte dati saranno integrati nella *dashbord*, nelle statistiche e nel diario.

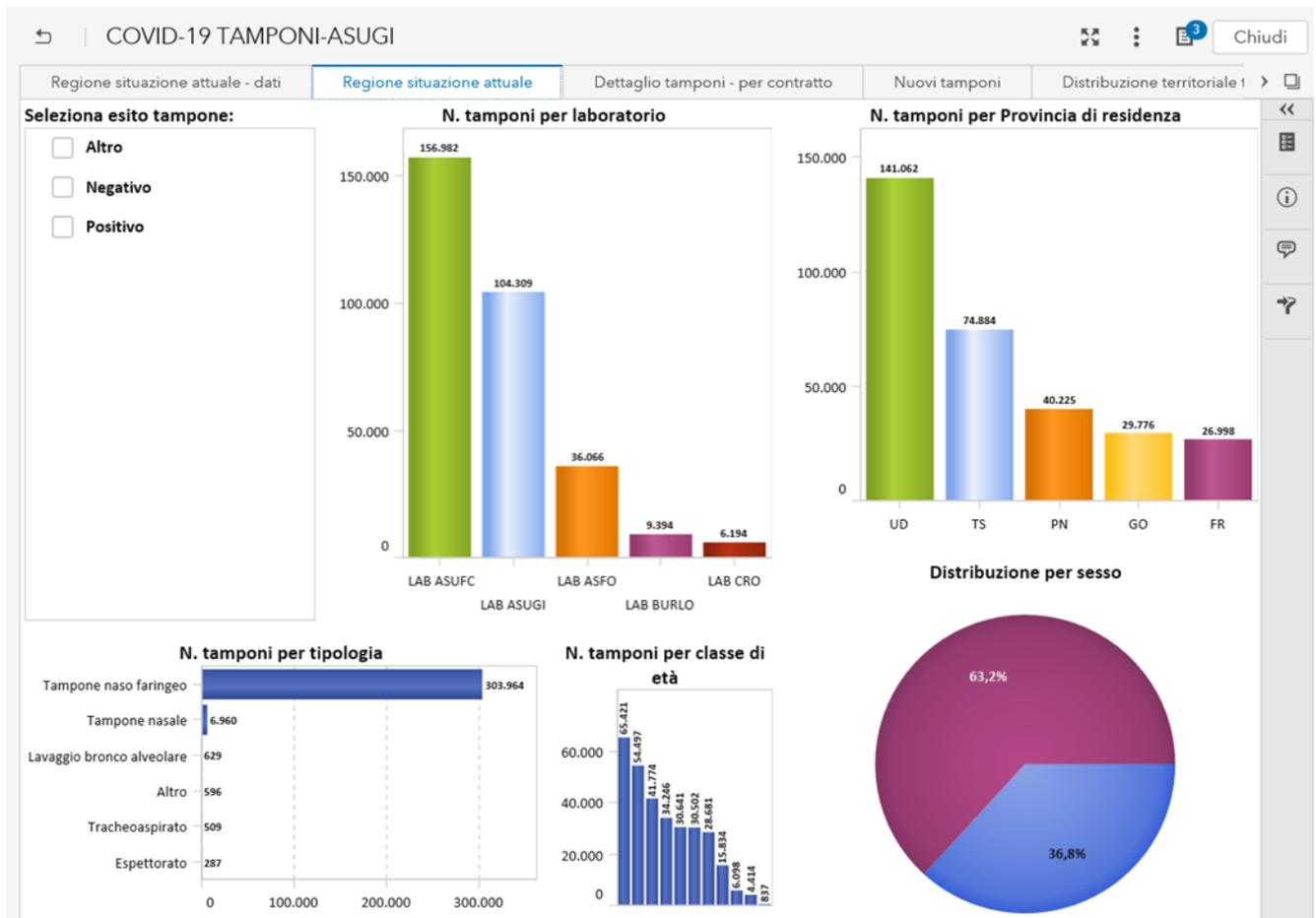
È lo strumento ideale per la gestione della situazione attuale, al momento della consultazione in base all'ultimo aggiornamento, tuttavia non nascendo come strumento di analisi e di confronto al momento non consente una visione prospettica, non permette l'analisi su un arco temporale definito.

VISUAL ANALYTICS

È un prodotto SAS, un'applicazione *web-based* per le attività di reporting, esplorazione e analisi dei dati.

Tramite una singola interfaccia utente è possibile passare direttamente da reporting ed esplorazione all'analisi, compreso lo scarico delle basi dati. Fornito da INSIEL, ha il pregio di consentire un confronto su

base regionale dell'evoluzione epidemiologica piuttosto immediata. Viene aggiornato 3 volte al giorno consentendo tramite download di disporre ad esempio dei dati sui tamponi in modo immediato. I report sono già predisposti e molto chiari ma non consentono particolare autonomia all'utente. È sia uno strumento di supporto direzionale quanto una importante fonte delle attività di monitoraggio



7.2 REPORT

1. MONITORAGGIO FASE 2 -REPORT SETTIMANALE (ai sensi del DM Salute 30 aprile 2020)

È il sistema di monitoraggio e di valutazione del rischio messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con il Ministero della Salute e con il supporto delle Regioni e Province Autonome, in linea con:

- la metodologia della valutazione rapida del rischio del Centro Europeo per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (ECDC);
- la strategia COVID-19 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, aggiornata il 14 aprile;
- la Road-Map per la rimozione delle misure di contenimento introdotte per COVID-19 pubblicata dalla Commissione Europea il 15 aprile 2020;

e con il DPCM del 26 aprile 2020 e il Decreto del Ministro della Salute del 30 aprile 2020.

Vengono esplorate 3 dimensioni:

1. la qualità minima nella completezza di alcune variabili chiave dei sistemi informativi esistenti necessari per l'analisi dei dati, utilizzando gli indicatori di processo riportati nella **tabella 1**.

La completezza e la correttezza dei dati sono presupposto indispensabile per la tenuta del sistema di valutazione: solo se la qualità risulterà sufficiente, si potrà procedere alla misurazione delle altre dimensioni e alle valutazioni derivate. In caso contrario, la valutazione secondo le modalità descritte non sarà possibile e questo costituirà di per sé una valutazione di rischio elevata, in quanto descrittiva di una situazione non valutabile e di conseguenza potenzialmente non controllata e non gestibile

2. la classificazione del rischio di una **trasmissione non controllata e gestibile utilizzando misure di contenimento locali/sub-regionali rimanendo in fase di transizione** tenendo conto della probabilità di esposizione nella popolazione - ovvero della trasmissione di SARS-CoV-2 e l'impatto dovuto alla gravità della patologia e al sovraccarico dei servizi sanitari ospedalieri prevalentemente utilizzati nel corso dell'epidemia COVID19 .

Questa dimensione viene elaborata utilizzando gli indicatori di risultato inseriti in **tabella 3**. Questi comprendono indicatori basati sulla sorveglianza di casi e focolai e indici di tenuta del livello ospedaliero ai potenziali incrementi della domanda di area medica e/o di terapia intensiva, consentendo di attivare l'allerta in presenza di valori di saturazione superiori alla soglia.

3. La terza dimensione è la resilienza dei servizi sanitari territoriali preposti alla prevenzione e al controllo della trasmissione di SARS-CoV-2 nel caso di una recrudescenza dell'epidemia nel breve periodo, ed è basata sugli indicatori di processo presenti **nella tabella 2** (*capacità di accertamento diagnostico, di indagine e di gestione dei contatti*).

Tali indicatori forniscono, infatti, informazioni su servizi sanitari chiave per la risposta e la prevenzione della trasmissione dell'infezione e permettono una valutazione prospettica del livello stimato di preparazione e resilienza dei servizi sanitari territoriali ad eventuali recrudescenze epidemiche, a complemento della valutazione del rischio puntuale, che ha valenza retrospettiva dovuta ai tempi di identificazione e segnalazione dei casi. Qualora gli indicatori di processo presenti nella **tabella 2** non siano valutabili o diano segnali di allerta, il livello di resilienza, che terrà conto anche dell'incidenza settimanale relativa regionale, sarà considerato più basso.

Il decreto ministeriale del 30 aprile 2020 ha introdotto un sistema di indicatori che consente una misurazione periodica settimanale (in alcuni indicatori anche mensile) “di alcune dimensioni ritenute fondamentali per la definizione del livello di rischio sanitario, inteso come la probabilità di una trasmissione non controllata e non gestibile di SARS-CoV-2”, così come l’impatto della circolazione di SARS-CoV-2 sulla popolazione e sui servizi.

I dati necessari sono ora estratti dalla Regione dalle banche dati esistenti, in primis DNLab, SIASI Covid e ADT Ricoveri.

Questo rende ancora più necessaria l’implementazione dello strumento Covid Helper al fine di monitorare la qualità dei dati registrati o caricati in automatico nelle base dati ufficiali, al fine di garantire la qualità di dato utilizzato dal team epidemiologico regionale.

A questi dati si sono aggiunti quelli necessari per il calcolo degli indicatori del cosiddetto Decreto Speranza (30 aprile 2020).

Alcuni hanno una periodicità settimanale:

1. Percentuale di tamponi positivi escludendo per quanto possibile tutte le attività di screening e il “re-testing” degli stessi soggetti, complessivamente e per macro-setting (territoriale, PS/Ospedale, altro).
2. Numero di focolai (in corso e nuovi) per specifici setting, nella settimana di riferimento.
3. Numero di nuovi casi di infezione confermata da SARS-CoV-2 per Regione non associati a catene di trasmissione note.

Altri mensile:

1. Numero, tipologia di figure professionali dedicate in ciascun servizio territoriale alle attività di prelievo/invio ai laboratori di riferimento.
2. Numero, tipologia di figure professionali dedicate al monitoraggio dei contatti stretti e dei casi posti rispettivamente in quarantena e isolamento.
3. Numero di casi confermati di infezione nella regione per cui sia stata effettuata una regolare indagine epidemiologica con ricerca dei contatti stretti sul totale di nuovi casi di infezione confermati.

Tabella 1 - Indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio (non opzionali)

Settore	N	Indicatore	Soglia	Allerta	Fonte dati
Capacità di monitoraggio (indicatori di qualità dei sistemi di sorveglianza con raccolta dati a livello nazionale)	1.1	Numero di casi sintomatici notificati per mese in cui è indicata la data inizio sintomi / totale di casi sintomatici notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo	Almeno il 60% con trend in miglioramento	<50% nelle prime 3 settimane dal 4 maggio 2020, a seguire <60%	Sorveglianza integrata nazionale
	1.2	Numero di casi notificati per mese con storia di ricovero in ospedale (in reparti diversi dalla TI) in cui è indicata la data di ricovero / totale di casi con storia di ricovero in ospedale (in reparti diversi dalla TI) notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo	Un valore di almeno 50% con trend in miglioramento sarà considerato accettabile nelle prime 3 settimane dal 4 maggio 2020		
	1.3	Numero di casi notificati per mese con storia di trasferimento/ricovero in reparto di terapia intensiva (TI) in cui è indicata la data di trasferimento o ricovero in TI / totale di casi con storia di trasferimento/ricovero in terapia intensiva notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo			
	1.4	Numero di casi notificati per mese in cui è riportato il comune di domicilio o residenza / totale di casi notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo			

Tabella 2 - Indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti

Settore	N	Indicatore	Soglia	Allerta	Fonte dati
Abilità di testare tempestivamente tutti i casi sospetti <i>* al momento sono considerati validi a scopo diagnostico test molecolari validati dal laboratorio nazionale di riferimento ed eseguiti su campioni prelevati con tampone nasofaringeo</i>	2.1	% di tamponi positivi escludendo per quanto possibile tutte le attività di screening e il “re-testing” degli stessi soggetti, complessivamente e per macro-setting (territoriale, PS/Ospedale, altro) per mese	Trend in diminuzione in setting ospedalieri/PS Valore predittivo positivo (VPP) dei test stabile o in diminuzione	Trend in aumento in setting ospedalieri/PS VPP in aumento	Valutazione periodica settimanale
	2.2	Tempo tra data inizio sintomi e data di diagnosi	Mediana settimanale ≤ 5gg	Mediana settimanale > 5gg	ISS - Sistema di Sorveglianza integrata COVID-19 in cui venga inserita con elevata completezza la data inizio sintomi
	2.3 (opzionale)	Tempo tra data inizio sintomi e data di isolamento	Mediana settimanale ≤ 3gg	Mediana settimanale > 3gg	ISS - Sistema di Sorveglianza integrata COVID-19 con integrazione di questa variabile
Possibilità di garantire adeguate risorse per contact-tracing, isolamento e quarantena	2.4	Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale al <i>contact-tracing</i>	Numero e tipologia di figure professionali dedicate a ciascuna attività a livello locale progressivamente allineato con gli standard raccomandati a livello europeo (10)	Numero e tipologia di figure professionali dedicate a livello locale riportato come non adeguato in base agli standard raccomandati a livello europeo	Relazione periodica mensile
	2.5	Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale alle attività di prelievo/invio ai laboratori di riferimento e monitoraggio dei contatti stretti e dei casi posti rispettivamente in quarantena e isolamento			
	2.6	Numero di casi confermati di infezione nella regione per cui sia stata effettuata una regolare indagine epidemiologica con ricerca dei contatti stretti/totale di nuovi casi di infezione confermati	Trend in miglioramento con target finale 100%	Trend in diminuzione e/o molto al di sotto del 100%	Relazione periodica mensile

Tabella 3 - Indicatori di risultato relativi a stabilità di trasmissione e alla tenuta dei servizi sanitari (non opzionali)

Settore	N	Indicatore	Soglia	Allerta	Fonte dati
Stabilità di trasmissione	3.1	Numero di casi riportati alla protezione civile negli ultimi 14 giorni	Numero di casi con trend settimanale in diminuzione o stabile	Casi in aumento negli ultimi 5gg (% di aumento settimanale con soglie standard da utilizzare come "cruscotto informativo") Nei primi 15-20 giorni dopo la riapertura è atteso un aumento nel numero di casi. In questa fase allerte da questo indicatore andranno valutate congiuntamente all'indicatore 3.1 e 3.5 a livello regionale	Ministero della Salute
	3.2	Rt calcolato sulla base della sorveglianza integrata ISS (si utilizzeranno due indicatori, basati su data inizio sintomi e data di ospedalizzazione)	Rt regionale calcolabile e ≤ 1 in tutte le Regioni/PPAA in fase 2 A	Rt > 1 o non calcolabile	Database ISS elaborato da FBK
	3.4	Numero di casi per data diagnosi, per data prelievo e per data inizio sintomi riportati alla sorveglianza integrata COVID-19 per giorno	Trend settimanale in diminuzione o stabile	Casi in aumento nell'ultima settimana Nei primi 15-20 giorni dopo la riapertura è atteso un aumento nel numero di casi. In questa fase allerte da questo indicatore andranno valutate congiuntamente all'indicatore 3.1 e 3.5 a livello regionale (% di aumento settimanale con soglie standard da utilizzare come "cruscotto informativo")	ISS - Sistema di Sorveglianza integrata COVID-19
	3.5	Numero di nuovi focolai di trasmissione (2 o più casi epidemiologicamente	Mancato aumento nel numero di focolai di trasmissione attivi nella Regione	Evidenza di nuovi focolai negli ultimi 7 giorni in particolare se in RSA/case di riposo/ospedali o altri luoghi che	ISS - Monitoraggio dei focolai e delle zone rosse con schede di indagine

Settore	N	Indicatore	Soglia	Allerta	Fonte dati
		collegati tra loro o un aumento inatteso nel numero di casi in un tempo e luogo definito)	Assenza di focolai di trasmissione sul territorio regionale per cui non sia stata rapidamente realizzata una valutazione del rischio e valutata l'opportunità di istituire una "zona rossa" sub-regionale	ospitino popolazioni vulnerabili La presenza nuovi focolai nella Regione richiede una valutazione del rischio <i>ad hoc</i> che definisca qualora nella regione vi sia una trasmissione sostenuta e diffusa tale da richiedere il ritorno alla fase 1	O ISS- Sorveglianza integrata (utilizzando la variabile luogo di esposizione e definendo una ID focolaio
			≥ 90 % delle strutture rispondenti riportano l'assenza di residenti con diagnosi confermata di COVID-19 (opzionale)	<90% delle strutture rispondenti riportano l'assenza di residenti con diagnosi confermata di COVID-19 (opzionale)	Sorveglianza via checklist delle strutture residenziali sociosanitarie Sorveglianza complementare da realizzare in base alla fattibilità
	3.6	Numero di nuovi casi di infezione confermata da SARS- CoV-2 per Regione non associati a catene di trasmissione note	Nel caso vi siano nuovi focolai dichiarati, l'indicatore può monitorare la qualità del contact-tracing, nel caso non vi siano focolai di trasmissione la presenza di casi non collegati a catene di trasmissione potrebbe essere compatibile con uno scenario di bassa trasmissione in cui si osservano solo casi sporadici (considerando una quota di circolazione non visibile in soggetti pauci sintomatici)	In presenza di focolai, la presenza di nuovi casi di infezione non tracciati a catene note di contagio richiede una valutazione del rischio <i>ad hoc</i> che definisca qualora nella regione vi sia una trasmissione sostenuta e diffusa tale da richiedere il ritorno alla fase 1	Valutazione periodica settimanale
Servizi sanitari e assistenziali non sovraccarichi	3.8	Tasso di occupazione dei posti letto totali di Terapia Intensiva (codice 49) per pazienti COVID-19	≤ 30%	>30%	Piattaforma rilevazione giornaliera posti letto MdS. Dati ricoveri Protezione Civile
	3.9	Tasso di occupazione di dei posti letto totali di Area Medica per pazienti COVID-19	≤ 40%	> 40%	

2. REPORT DI MONITORAGGIO DIREZIONALE COVID

Si tratta di un sistema di monitoraggio implementato da ASUGI durante la fase pandemica che, oltre a essere in grado di fornire informazioni circa l'andamento quotidiano anche per setting assistenziale, consente analisi prospettiche e valutazioni dell'andamento della situazione epidemiologica anche nel tempo. Tale strumento ha supportato la Direzione Strategica nel prendere decisioni durante le diverse fasi dell'emergenza Covid.

Il monitoraggio è realizzato con l'applicativo SAS Enterprise Guide (SAS EG), prodotto SAS fornito dalla Regione FVG tramite INSIEL, e integra informazioni provenienti da base dati differenti presenti nei sistemi informativi regionali; può essere integrato, se necessario, con l'importazione di informazioni da fonti esterne. E' uno strumento duttile e dinamico adatto alle necessità di supporto direzionale (ha svolto funzioni di sorveglianza prima dell'introduzione di COVID HELPER; in particolare, è stato di fondamentale utilità per quanto riguarda la capacità di fornire il quadro della situazione epidemiologica nelle strutture residenziali, in particolare per anziani, in piena fase emergenziale, fino alla fase attuale).

Si tratta quindi di uno strumento altamente flessibile e adattabile al contesto, tuttavia legato all'operatività di poche persone in grado di utilizzarlo.

Il cruscotto integra tutte le fonti dati a disposizione. In particolare:

- Da Visual Analytics:

- Ricoveri Covid +
- Tamponi
- Sierologia
- Dipendenti ASUGI

- Da Business Object Web Intelligence (BOXI)

- RSA (ADT e SIASI)
- ADT ricoveri
- Case di Riposo (SIRA)
- Anagrafe assistiti
- SIASI COVID

- Da fonti esterne

- Deceduti
- Elenchi per target specifici, come ad esempio ospiti e operatori delle strutture residenziali (a integrazione di SIRA)

I dati possono essere esportati e/o elaborati sotto forma di report e si dispone di diverse opzioni di infografica.

7.3 SCENARI

Nel documento del 11 agosto 2020 del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore della Sanità, già citato nel presente piano, sono stati individuati 4 scenari in base ai quali attivare le più appropriate risposte organizzative e assistenziali in relazione all'evolversi della situazione epidemiologica e definite tre fasi sotto forma di "logical framework".

FASE DI STABILITA'

- 1) **Situazione di trasmissione localizzata (focolai)**
RT>1 max 1 mese e bassa incidenza

Mantenimento dei focolai sotto controllo

FASE DI RIPRESA DEI CONTAGI

- 2) **Situazione di trasmissibilità sostenuta e diffusa ma gestibile dal sistema sanitario**
1<RT<1,25 sistematicamente e significativamente (ovvero con stime che superino 1 anche nell'intervallo di confidenza inferiore)

Potenziale di trasmissione di SARS-COV-2 limitato efficacemente con misure di contenimento/mitigazione straordinarie già utilizzate con successo nelle prime fasi

FASE PANDEMICA

- 3) **Situazione di trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario**
1,25<RT<1,5 sistematicamente e significativamente (ovvero con stime che superino 1,25 anche nell'intervallo di confidenza inferiore)

Incidenza elevata, mancata capacità di tenere traccia delle catene di trasmissione e iniziali segnali di sovraccarico dei servizi assistenziali in seguito all'aumento di casi ad elevata gravità clinica (con aumento dei tassi di occupazione dei posti letto ospedalieri - area critica e area non critica), riconducibile ad un livello di rischio elevato o molto elevato in base al sistema di monitoraggio rilevato ai sensi del DM Salute del 30 aprile 2020

- 4) **Situazione di trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del sistema sanitario**
RT>1,5 sistematicamente e significativamente nel suo intervallo di confidenza inferiore per periodi lunghi (almeno 1 mese).

Sovraccarico dei servizi assistenziali, senza la possibilità di tracciare l'origine dei nuovi casi (una epidemia con queste caratteristiche porterebbe a misure di mitigazione e contenimento più aggressive nei territori interessati)

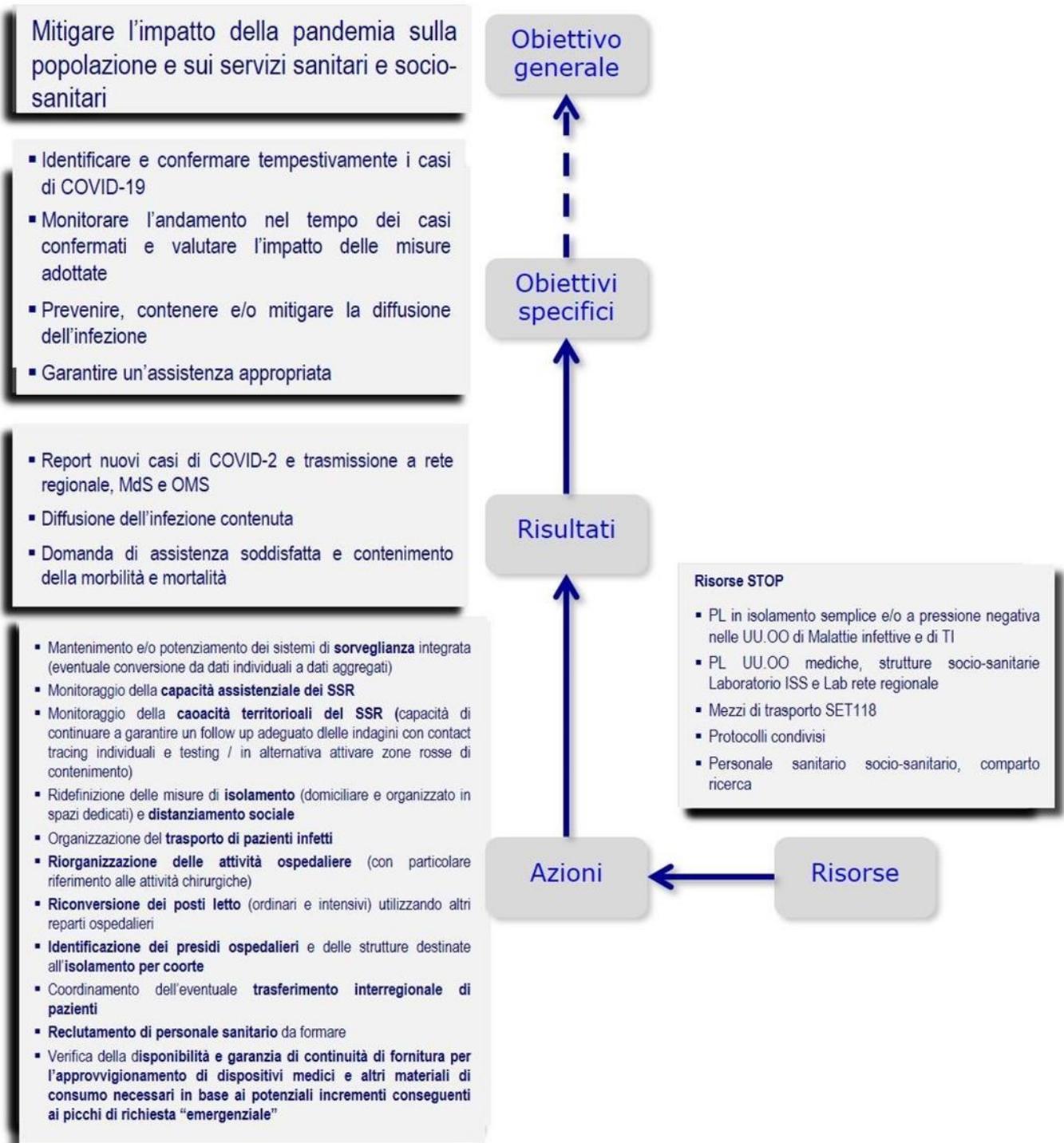
SCENARIO ATTUALE

Sostenuta ma sporadica trasmissione locale e capacità del SSN di rispondere nell'ambito della gestione ordinaria



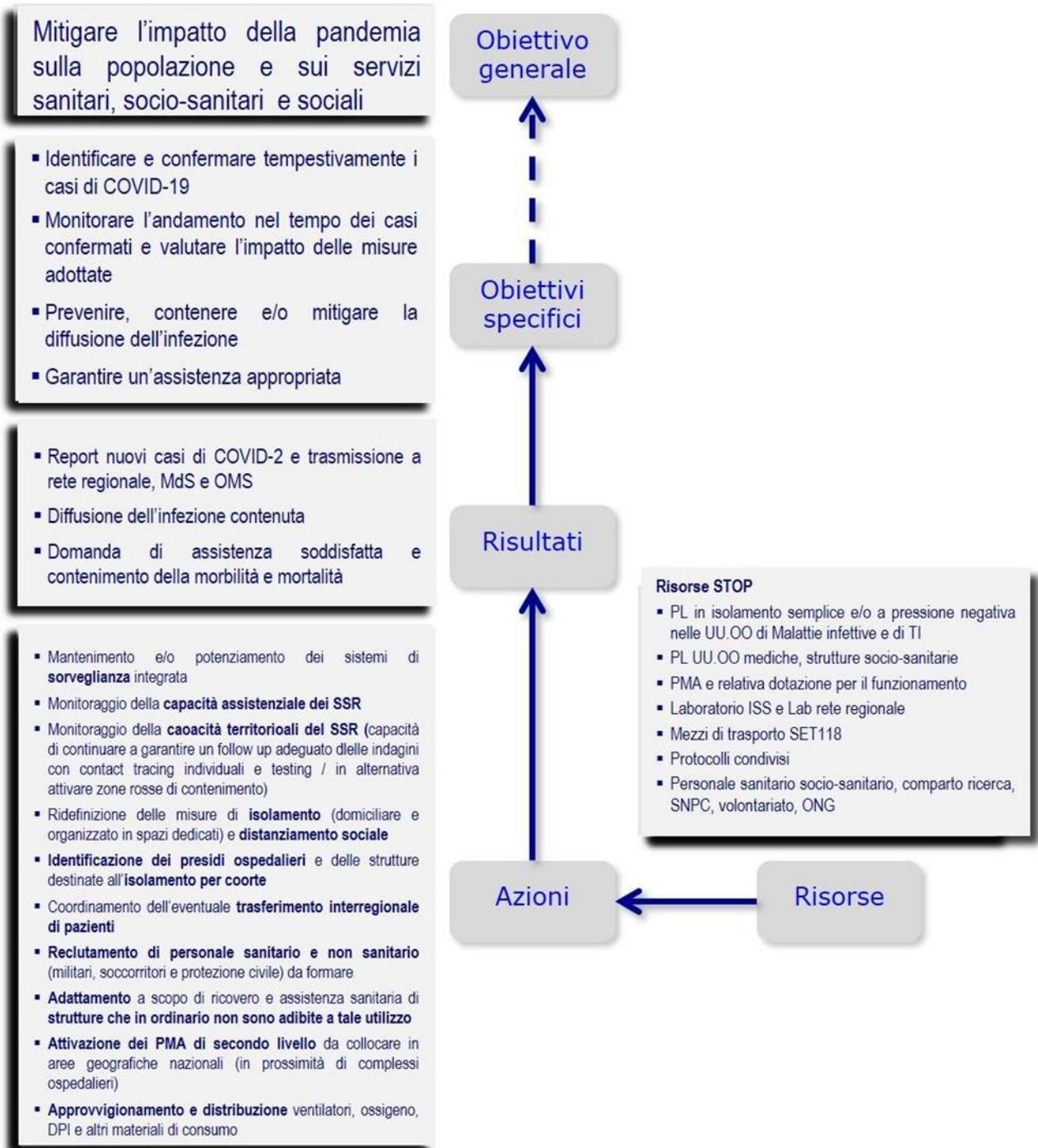
SCENARIO 2

Diffusa e sostenuta trasmissione locale con aumentata pressione sul SSN che risponde attivando misure straordinarie preordinate



SCENARIO 3-4

Diffusa e sostenuta trasmissione locale con aumentata pressione sul SSN che risponde attivando misure straordinarie che coinvolgono anche enti e strutture non sanitarie



7.4 DATA MANAGEMENT E STRUMENTI INFORMATICI

SIASI COVID

È lo strumento informatico predisposto dalla Regione per la gestione delle attività di sorveglianza sanitaria Covid correlate.

L'operatore sanitario, individuato un assistito nell'anagrafe sanitaria regionale, crea una prima scheda di sorveglianza ed un numero illimitato di schede successive, predisposte con tutti i campi necessari. Una volta aperta una scheda di sorveglianza il sistema aggancia a questa qualunque referto di tamponi entro 60 minuti dalla sua pubblicazione.

L'operatore che effettua la sorveglianza quindi, prima di telefonare all'assistito apre la scheda di questo, verifica l'esistenza di nuovi referti e poi, in tempo reale, inserisce i dati che raccoglie nel corso della telefonata.

Questo permette a qualunque operatore dell'Azienda di vedere la situazione aggiornata di quell'assistito.

I dati registrati sono utilizzati dal team epidemiologico regionale per raccogliere tutte le informazioni di cui necessita e dagli operatori aziendali per generare i report giornalieri sulle persone in contumacia, da inviare alle Questure di Gorizia e di Trieste.

Questo strumento consente quindi in piena sicurezza di raccogliere tutte le informazioni necessarie, rendendole immediatamente disponibili a tutti gli aventi diritto e, integrato da Covid Helper, consente tutte le attività di gestione del Covid responsabilità del Dipartimento di Prevenzione.

È in fase di implementazione l'utilizzo da parte della Regione dei dati qui registrati per la gestione delle notifiche di Covid-19. Saranno quindi utilizzati i dati raccolti nell'indagine epidemiologica, e le successive schede di sorveglianza aggiorneranno automaticamente la posizione dell'assistito fino alla chiusura della pratica (guarigione o decesso).

Questo rende necessario garantire la registrazione in SIASI Covid contestuale all'intervista telefonica, con notevole risparmio di tempo e immediata fruibilità dei dati raccolti.

Scheda di valutazione

Schede valutazioni (dove trovate queste variabili)	N.	Nome variabile	Categorie variabile		Descrizione
Prima e successive	1	Caso	si	no	Compilare sempre - "Si" = almeno tampone positivo (richiede sempre l'emissione di un provvedimento di isolamento da parte del Dipartimento di Prevenzione) - "No" in TUTTI gli altri casi
Prima e successive	2	Recapito telefonico	Valore alfanumerico note		nel campo numero inserire solo il numero, eventuali commenti o altri numeri in campo note
Prima e successive	3	Recapito mail	Valore alfanumerico		nel campo mail inserire solo il la mail, eventuali commenti o altre mail in campo note
Prima e successive			note		
Prima e successive	4	Tipo contatto a rischio	Contatto stretto con persona positiva		- Contatto stretto con persona positiva = ne consegue provvedimento di quarantena da parte del Dipartimento di Prevenzione compilare sempre il campo 5 vettore del contatto a rischio - Contatto di contatto = non richiede quarantena compilare sempre il campo 5 vettore del contatto a rischio - Altro. Si può specificare ad es. screening (in struttura per anziani)
			Contatto di contatto		
			Altro		
			note		
Prima e successive	5	Vettore del contatto a rischio	Selezionare il pulsante Cerca per attivare la ricerca dell'anagrafica		Compilare sempre se al punto 4 è stato selezionato Contatto stretto o Contatto di contatto
Prima e successive	6	Setting - Luogo del contatto a rischio	Valore alfanumerico con lunghezza massima di 25 caratteri		Testo libero.
Prima e successive	7	Tipo soggetto	Operatore sanitario H		Compilare sempre In caso contrario non è possibile identificare le singole categorie anche in presenza di elenchi (come per dipendenti ASUGI o operatori / ospiti in residenza per anziani/disabili) Operatore Sanitario sono considerati 1. tutti gli operatori presso RSA / residenza per anziani/disabili 2. tutti i dipendenti ASUGI o IRCCS Burlo 3. tutti i restanti assistiti che, all'indagine, dichiarano una professione sanitaria. Se un viaggiatore appartiene ad una qualsiasi delle altre categorie sarà riportato in quella categoria e non come viaggiatore.
			Operatore sanitario RSA		
			Forze dell'ordine		
			Militare		
			Contatto di militare		
			Ospite in residenza per anziani/disabili		
			Viaggiatore		
			Altro		
	Note				
Prima e successive	8	Tipo struttura di primo accesso	Dipartimento di prevenzione		
			Ospedale		
			Altro		
			note		
Prima e successive	9	Data dell'ultimo contatto con il vettore	Nella forma gg/mm/aaaa		Se non compilato consultare il Medico per la durata di Quarantena / Isolamento se previsti
NON nella prima ma in tutte le successive valutazioni	10	Condizione giornaliera del paziente	Asintomatico		Compilare sempre (a cura del Dipartimento di Prevenzione) - Non rintracciabile (se ricorre l'evenienza) Compilare sempre, se Ospite in residenza per anziani/disabili; - Guarito - Deceduto (altrimenti la scheda rimane aperta) I dati relativi a: - Ricoverato non in terapia intensiva - Ricoverato in terapia intensiva Possono essere ricavati da altra fonte
			Guarito clinicamente		
			Negativizzato (- - +)		
			Ricoverato non in terapia intensiva		
			Ricoverato in terapia intensiva		
			Non rintracciabile		
	Altro				
Solo ultima scheda	10a		Negativizzato (- - +)		Questa variabile scheda si compila solo nell'ultima scheda e si compila solo se Caso=Si Guarito clinicamente = paziente sintomatico= SI (campo 16) senza sintomi da almeno 3 giorni e NON RICOVERATO (campo 10)
			Guarito clinicamente		
			Deceduto		
NON nella prima solo successive valutazioni	11	Data di comunicazione dell'esito del tampone precedente al paziente	Nella forma gg/mm/aaaa		Compilare quando nel corso della telefonata si comunica un referto o si è al corrente di una precedente comunicazione

Schede valutazioni (dove trovate queste variabili)	N.	Nome variabile	Categorie variabile		Descrizione
Prima e successive	13	Presenza sintomi	si	no	"Si" = è flaggato un qualunque bottone del campo 15
Prima e successive	14	Data insorgenza sintomi	Nella forma gg/mm/aaaa		Obbligatorio se "Si" al campo precedente
	15	Sintomi	Tosse secca		
			Note		
			Faringodinia		
			note		
			Disgeusia		
			Note		
			Anosmia		
			Note		
			Febbre		
			Note		
			Diarrea		
			Note		
			Difficoltà respiratoria		
Note					
Altro					
Note					
	16	Sintomatico	Si	No	"Si" = sintomi sono quelli di Covid-19
NON nella prima solo successive valutazioni	17	Indicazione intervista successiva	Quarantena/isolamento		Vedi sotto campo 18. NB. L'ospite in residenza per anziani/disabili che si positivizza non è segnato in SIASI Covid né come quarantena né come ricovero.
Prosegue quarantena/isolamento					
Fine quarantena/isolamento					
Ricovero					
Prima	18	Indicazioni intervista	Quarantena/isolamento		Compilare sempre (da parte di operatore del DiP) se: - campo 1 = "Caso" o - campo 4 = contatto stretto o - campo 7 = viaggiatore NB. Ospite in residenza per anziani/disabili che si positivizza: vedi sopra campo 17.
			Ricovero		
			Altro		
			Note		
Prima e successive	19	Operatore che ha disposto la contumacia/isolamento	Selezionare il pulsante Cerca per attivare la ricerca dell'anagrafica		
Prima e successive	20	Data inizio contumacia/isolamento	Nella forma gg/mm/aaaa		Compilare sempre (da parte di operatore del DiP) se campo 17 o 18 = "Quarantena/isolamento"
Prima e successive	21	Data prevista fine contumacia/isolamento	Nella forma gg/mm/aaaa		Compilare sempre (da parte di operatore del DiP) se campo 20 è stato utilizzato. E' la data da riportare sul provvedimento di quarantena /isolamento.
NON nella prima solo successive valutazioni	22	Data fine contumacia/isolamento	Nella forma gg/mm/aaaa		Compilare sempre (da parte di operatore del DiP) se il campo 20 è stato utilizzato. E' la data da riportare sul certificato di guarigione. Se non compilato la posizione rimane aperta.
Prima e successive	23	Comune dove si svolge l'isolamento	Selezionare il pulsante Cerca per attivare la ricerca del codice		Compilare sempre (da parte di operatore del DiP) se il campo 20 è stato utilizzato. Necessario per la comunicazione a Questura Prefettura"
Prima e successive	24	Indirizzo dove si svolge l'isolamento	Valore alfanumerico con lunghezza massima di 25 caratteri		Compilare sempre (da parte di operatore del DiP) se campo il 20 è stato utilizzato. Necessario per la comunicazione a Questura Prefettura"
			Note		
Prima e successive	25	Data consegna indicazioni quarantena	Nella forma gg/mm/aaaa		
Prima e successive	26	Tampone	si	no	Compilare sempre (da parte di operatore del DiP) per richiedere un tampone.

BUSINESS OBJECT WEB INTELLIGENCE (BI Launchpad)

Piattaforma regionale fornita da INSIEL *web-based*, consente l'analisi e l'accesso alle basi dati dei flussi amministrativi regionali così come la creazione di reportistica. Comunemente chiamato BO, è il sistema di business intelligence largamente più usato in regione FVG per le attività di data management e reporting aziendali e opera sui verticali direzionali, grazie all'interfaccia del portale BI *Launchpad*. Tra gli universi utilizzati vi sono SIASI COVID (schede di valutazione), Tamponi (DNLAB), Case di riposo (SIRA), RSA (ADT e SIASI), CUP DW (anagrafe assistibili), ricoveri (ADT e SDO).

ADJUSTED CLINICAL GROUPS (ACG)

ACG è uno strumento, creato dalla John Hopkins *University* e adottato recentemente dalla Regione FVG, che consente di mappare lo stato di salute della popolazione basandosi sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale. Consente, inoltre, grazie all'utilizzo di un particolare algoritmo, di individuare la popolazione fragile. Favorisce il superamento della frammentazione dell'assistenza sanitaria sul territorio, in situazioni in cui è più necessaria la continuità assistenziale e l'efficienza gestionale e appropriatezza ovvero nelle situazioni di comorbidità, fragilità appunto, e non autosufficienza. Consente l'individuazione delle priorità di intervento come supporto per la governance del sistema. Lo fa mediante l'utilizzo retrospettivo dei risultati di performance (singoli o gruppi) e l'utilizzo prospettico (identificazione dei gruppi maggiormente a rischio, potenziale target di intervento, previsione di costi). Integrato con gli altri strumenti sopra elencati può essere un valido strumento di supporto alla governance del sistema nell'eventuale aggravarsi dello scenario per fasi.

È previsto entro ottobre una nuova versione che integra un cruscotto dedicato per l'emergenza COVID.

ORACOLO (OSLO)

È uno strumento informatico che permette di sviluppare un sistema di reportistica integrato di ASUGI e che fornisce informazioni su indicatori e dati in dettaglio estratti dai sistemi informativi regionali.

Si propone come strumento a supporto dei processi decisionali e di controllo strategico e di gestione.

È inoltre previsto lo sviluppo di un sistema di *datawarehousing* in grado di raccogliere, normalizzare e integrare in un unico ambiente tutti i dati presenti nei sistemi informativi regionali, consentendo l'implementazione di cruscotti direzionali e dashboard con tecnologia AQL-QlikView.

SAS ENTERPRISE GUIDE è il *datawarehouse* relazionale che fornisce una vista unificatrice del patrimonio informativo aziendale del **REPOSITORY EPIDEMIOLOGICO Regionale (RER)**