

Ulteriori indirizzi per le attività sanitarie

Scenario epidemiologico COVID 19

L'evoluzione dello scenario epidemiologico e la necessità di far ripartire le attività cliniche rende necessaria la predisposizione di un aggiornamento delle linee di indirizzo atte a contenere il rischio di ripresa di focolai epidemici da SARS - COV2, mediante misure di prevenzione e protezione di tutti i soggetti che afferiscono alle strutture sanitarie. La pandemia ha richiesto e continua a richiedere risposte coordinate e integrate all'interno del Sistema Sanitario Regionale, specifiche per alcune aree specialistiche.

La pandemia da SARS – COV2 rappresenta una grossa sfida clinica ed organizzativa per tutti i Sistemi Sanitari dei Paesi colpiti e la Rete Ospedaliera lombarda sta attuando percorsi di graduale ripresa dell'attività sanitaria in condizioni di sicurezza per tutti i pazienti, i visitatori e gli operatori.

L'analisi sistematica dei fattori caratterizzanti questa specifica pandemia ha evidenziato una oggettiva impossibilità a definire un percorso a rischio zero. Ciò significa che sempre, in tutti i contesti, all'interno delle strutture sanitarie e con tutti i soggetti che le frequentano, devono essere tenuti comportamenti di sicurezza e di prevenzione del contagio come se ciascun soggetto fosse potenzialmente infetto. I percorsi proposti sono indirizzati a garantire il minor rischio possibile per pazienti, visitatori e operatori, sulla base delle conoscenze attualmente disponibili.

Scopo del documento

Il presente documento fornisce ulteriori indicazioni per le attività sanitarie nel contesto epidemiologico attuale.

L'obiettivo specifico del documento è quello di aggiornare le linee di indirizzo per le strutture ospedaliere ed ambulatoriali, pubbliche e private accreditate, affinché adottino le opportune misure di carattere strutturale, organizzativo e procedurale finalizzate ad assicurare l'attività assistenziale nelle massime condizioni di sicurezza possibile per utenti/assistiti, personale sanitario, tecnico e amministrativo, personale delle ditte esterne che afferisce alle strutture, e per i visitatori.

In questa nuova fase è stata riorganizzata, l'attività ospedaliera sia per quanto attiene le attività programmate che per quelle urgenti; si rammenta l'importanza che tutto il personale venga sempre adeguatamente coinvolto e che tutti gli operatori sanitari siano opportunamente formati.

Il percorso di sorveglianza sanitaria degli Operatori è descritto in dettaglio in documenti specifici. Nell'allegato 1a del presente documento sono sintetizzate le indicazioni per la dotazione di Dispositivi Medici (DM) e di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI).

Modalità generali di accesso alle strutture

Si conferma che l'indicazione fondamentale, anche nell'attuale scenario epidemico, è quella di cercare di identificare ed intercettare quanto più possibile i soggetti in grado di veicolare l'infezione, anche asintomatici, per evitare che entrino in contatto con quelli a rischio di contrarla, ivi compresi gli operatori sanitari. L'accesso alle strutture sanitarie deve avvenire ancora, in linea di principio seguendo le misure di regolamentazione dell'accesso all'ospedale che comprendono in particolare:

1. la limitazione degli accessi ai casi di reale necessità
2. il distanziamento interpersonale.

Limitazione degli accessi per gli utenti e visitatori

Si conferma l'utilità che ogni Struttura stabilisca propri criteri di identificazione delle categorie di utenti che hanno accesso e/o sono autorizzate a circolare nella struttura, in modo da ridurre al minimo potenziali rischi derivanti da flussi non controllati.

In linea generale l'accesso delle persone alla struttura sanitaria deve essere consentito solo a chi ne ha effettiva necessità, tenendo conto dei volumi di afflusso ed in modo da evitare gli assembramenti. Deve altresì essere privilegiato, quanto più possibile, l'accesso alle prestazioni sanitarie previa prenotazione.

All'accesso alle aree ambulatoriali, di degenza, diagnostiche e comunque alle aree sanitarie in generale, gli utenti sono valutati sia per la presenza di $TC \geq 37,5^{\circ}C$ e/o sintomi in atto. Qualora, in presenza di tali sintomi, debbano effettuare prestazioni sanitarie indifferibili, previa valutazione di un medico della unità operativa, deve essere considerata la possibilità di proporre l'esecuzione di tampone naso faringeo, anche indirizzando il paziente ad un'area/ambulatorio dedicato a tali attività. Si ricorda l'obbligatorietà della segnalazione dei casi sospetti o confermati alla ATS e si rimanda al paragrafo specifico per le modalità operative in merito all'indagine epidemiologica e le misure di quarantena.

Si conferma che agli ingressi della struttura, deve essere prevista la distribuzione di mascherine chirurgiche a chiunque ne sia sprovvisto nonché il controllo che tutti la indossino correttamente; deve altresì essere predisposta la distribuzione di gel alcolico per l'igiene delle mani. Né operatori sanitari, né utenti devono circolare all'interno degli spazi comuni dell'Ospedale senza i corretti Dispositivi medici o Dispositivi di Protezione Individuali. Per i pazienti e per visitatori non è consentito l'utilizzo di maschere dotate di valvola di efflusso.

Le visite ai degenti in questa fase devono essere ancora limitate al minimo indispensabile e sempre previa autorizzazione della Direzione a un unico visitatore per degente, preferibilmente sempre lo stesso. L'accompagnamento di pazienti minori, disabili, utenti fragili non autosufficienti, se comporta la presenza per tutta la durata del ricovero, rende necessario il tampone prima dell'ingresso anche al soggetto accompagnatore.

Limitazione degli accessi per il personale

Si conferma per il personale che svolge attività lavorativa all'interno della struttura (a qualsiasi titolo) la necessità di verificare l'assenza di sintomi respiratori e/o febbre ($TC > 37,5^{\circ}C$) prima dell'inizio del servizio; qualora la sintomatologia insorga durante il servizio, il dipendente deve avvisare immediatamente il Responsabile dell'UO per l'immediato rientro al domicilio, previa esecuzione del tampone nasofaringeo per la ricerca di SARS – COV2.

Il distanziamento interpersonale

Si confermano le indicazioni di distanziamento in tutti gli spazi ed i locali delle strutture sanitarie di almeno 1 mt. Tali distanze devono comunque essere commisurate anche alle caratteristiche dell'ambiente e alla circolazione dei pazienti all'interno dello stesso. È inoltre necessario raccomandare all'utenza e agli operatori, mediante appositi avvisi, la necessità di ridurre al minimo la permanenza negli spazi ristretti (ascensori, servizi igienici, antibagno). Vanno inoltre confermate, per tutti e anche tramite apposizione di specifica segnaletica, le norme per il rispetto delle distanze minime e delle altre misure di prevenzione in tutti gli spazi comuni (servizi di ristorazione, spogliatoi, ecc.).

DEFINIZIONE DEI PERCORSI

Accesso al Pronto Soccorso per prestazioni urgenti

All'ingresso tutti gli operatori sanitari, gli utenti e gli eventuali accompagnatori autorizzati di minori, disabili, utenti fragili non autosufficienti devono essere dotati di mascherina chirurgica e devono rispettare le indicazioni di distanziamento interpersonale. Per limitare quanto più possibile il disagio conseguente a queste limitazioni, devono essere introdotte modalità che consentano un costante aggiornamento delle condizioni di salute del paziente nei confronti del congiunto/referente indicato dal paziente stesso.

In relazione al prevedibile incremento degli accessi non Covid-19, si raccomanda di prevedere strategie flessibili nell'utilizzo dei locali dei PS al fine di continuare l'azione di contenimento del contagio ma nel contempo di poter ripristinare progressivamente le attività necessarie a dare una risposta alle diverse esigenze di cura degli utenti, in funzione delle variazioni dei flussi in ingresso.

Si sottolinea che il rischio di contagio in PS (così come in qualsiasi area dell'ospedale) non potrà mai essere considerato nullo.

In questa fase è indispensabile che all'interno dei Pronto Soccorso siano mantenuti distinti e funzionalmente separati i percorsi di gestione e cura dei pazienti con e senza sintomi sospetti Covid-19 al fine di ridurre al minimo le possibilità di contagio. Indipendentemente dalla modalità di arrivo (AREU o autopresentazione), tutti gli utenti che accedono al PS, devono transitare in un'area dove vengono identificati i pazienti con sintomi compatibili con Covid-19 (febbre e/o influenza like sindrome –ILI, tosse mal di gola difficoltà respiratoria) e, in tal caso, avviati alla valutazione all'interno di un percorso Covid-19. In caso contrario è invece previsto l'avvio al percorso standard, con esecuzione comunque del tampone n.f. prima dell'eventuale ricovero.

Tutti gli operatori sanitari che operano nell'area di PS sono muniti degli idonei DPI in tutte le aree dello stesso (vedi indicazioni sintetizzate nell'allegato 1a).

Significato e possibile evoluzione del Pre-triage e dei percorsi distinti dei pazienti in ragione dell'andamento dell'epidemia

Nella fase epidemica iniziale, la prevalenza dell'infezione era tanto elevata da rendere opportuno la realizzazione di un sistema di filtro dei pazienti per l'ingresso in un percorso dedicato a COVID-19 basato su criteri molto sensibili (erano sufficienti segni o sintomi respiratori come tosse e dispnea, febbre, contatto stretto con soggetto infetto). Con il superamento della fase di picco epidemico i criteri devono diventare più specifici (ad esempio escludendo la sola dispnea o la febbre senza sintomi respiratori, a patto di mantenere il distanziamento in PS). Questo è particolarmente importante se si considera

che, in termini assoluti, diverrà via via più frequente il riscontro di pazienti COVID-19 tra i non sospetti che tra i sospetti. In caso di prevalenze molto bassa può essere opportuno interrompere il pre-triage e considerare tutti i pazienti giunti in PS come potenzialmente infetti. In caso di prevalenze di COVID-19 ancora significative andrà mantenuta l'attività di pre-triage, con la netta separazione di un'area a bassa probabilità di infezione e una ad alta probabilità. Al fine di individuare correttamente le diverse situazioni nelle quali può essere utile mantenere/ripristinare il pretrriage, si forniscono le indicazioni nell' Allegato 1b. I pazienti con diagnosi certa (ad esempio per la presenza di un tampone positivo già noto) al triage, dovranno essere isolati in PS (in area di isolamento singolo o di coorte).

Utilizzo del tampone per la ricerca dell'RNA virale

Il tampone per la ricerca dell'RNA virale rappresenta ancora attualmente uno dei capisaldi per identificare il paziente infetto.

In caso di sintomi/segni significativi di sospetta infezione respiratoria Covid 19 il soggetto dovrà essere sottoposto a tampone naso-faringeo e sostare in spazi del PS dedicati, secondo un percorso distinto da quello per gli utenti ordinari fino all'arrivo del referto del tampone; nel caso in cui non sia necessario trattenere il paziente in osservazione, lo stesso potrà essere dimesso a domicilio con indicazione all'isolamento fiduciario fino ad esito tampone. In caso di positività, tale esito verrà comunicato all'ATS affinché si proceda con l'informazione al MMG, l'indagine epidemiologica e le misure di quarantena. Si ricorda l'obbligatorietà della segnalazione dei casi sospetti o confermati alla ATS e si rimanda al paragrafo specifico per le modalità operative.

Nel caso in cui il paziente necessiti di ricovero, in attesa dell'esito del tampone lo stesso potrà essere anche ricoverato in unità di degenza o in area multidisciplinare in funzione dell'organizzazione interna dell'ospedale, separato da altri pazienti.

Distanziamento

Ogni PS dovrà indicare il numero di postazioni visita (barellati e verticali), adeguato al mantenimento delle distanze all'interno del PS (1,5 mt tra un paziente e l'altro), condivisa con i tecnici responsabili della sicurezza ed approvata dalla Direzione Medica di Presidio, ogni spazio dovrà prevedere soltanto postazioni numerate sia per le barelle che per le poltrone.

Dovranno essere **evitati i flussi interni dei pazienti ambulatoriali**, che non vanno inviati in PS per il completamento diagnostico e favoriti il più possibile percorsi di fast-track per patologie acute.

Boarding

La dilatazione del fenomeno del *boarding* è stata alla base dell'enorme sofferenza cui è andato incontro il servizio sanitario durante la fase 1 dell'epidemia, quando la maggior parte dei pazienti richiedeva il ricovero ospedaliero, che era difficilmente assicurabile per tutti.

Per poter permettere una riapertura delle attività programmate in sicurezza, si raccomanda di verificare le reali condizioni in PS relativamente al *boarding*. L'ospedale dovrà monitorare che queste condizioni consentano una attività in sicurezza, ovvero in alternativa dovrà prevedere la possibilità di ampliare tempestivamente il contingente di letti disponibile da destinarsi ai ricoveri da PS, identificando aree prontamente disponibili e staffate, da aprire

su indicazione della DMP, in caso di affollamento PS garantendo la sincronizzazione dei ricoveri.

Sincronizzazione dei ricoveri e bed management

Di norma i reparti devono essere in grado di ricoverare i pazienti 7 giorni su 7. Ogni reparto dovrebbe garantire un numero giornaliero di ricoveri al PS. In ogni ASST dovrà essere richiamato ed eventualmente aggiornato il PGS e istituito un coordinamento dei ricoveri da PS attraverso l'implementazione di progetti di bed management/Visual Hospital.

Il PS deve avere un'organizzazione flessibile in base alla fase epidemica e al numero di contagi osservati, dotandosi di piani di contingenza che possono modificarsi agevolmente a seconda del flusso epidemico.

In questo senso è raccomandato che ogni PS riceva un rapporto quotidiano sul numero e l'esito dei tamponi eseguiti così da monitorare l'eventuale ripresa dell'epidemia

Si raccomanda che ai primi segnali di ripresa dell'epidemia i PS modifichino la loro organizzazione.

Indicatori per il monitoraggio dell'infezione da COVID-19 in ambito ospedaliero della fase 2 dell'epidemia

Al fine di monitorare l'infezione da COVID 19 in ambito ospedaliero è stato identificato un sistema di indicatori riportati, pensati e sviluppati per valutare l'andamento dell'epidemia a livello ospedaliero (allegato 1c). Le linee ispiratrici sono state quella di proporre un numero limitato di indicatori (nella consapevolezza che la ridondanza di informazioni genera più spesso problemi di quanti non ne risolva) e quella di corredare ogni indicatore con spunti di approfondimento per comprendere appieno il significato dei possibili segnali di allerta legati agli indicatori stessi. Complessivamente sono stati identificati 7 indicatori, con altrettanti segnali di allerta, definiti *Red flag*. Per il periodo settembre 2020 – maggio 2021 ogni struttura è tenuta a attivare il monitoraggio settimanale di tali indicatori e solo in caso di superamento della soglia (red flag) inviare un segnale di allerta tramite mail a mainf@regione.lombardia.it, danilo_cereda@regione.lombardia.it, aida_andreassi@regione.lombardia.it,

con oggetto "RED FLAG - INDICATORI OSPEDALIERI COVID 19 OSPEDALE DI XXX".

Accessi per prestazioni ambulatoriali

Si conferma la necessità di prevedere che parte dell'attività ambulatoriale sia erogata privilegiando le modalità di erogazione di prestazioni di telemedicina, specialmente per quanto attiene le visite di controllo, l'aggiornamento dei piani terapeutici, il follow-up.

L'orario di erogazione delle prestazioni ambulatoriali in struttura dovrà essere ampliato quanto più possibile per limitare l'afflusso e lo stazionamento di persone all'interno delle sale di attesa e delle aree visita/diagnostica.

All'atto della prenotazione l'utente verrà informato sulle modalità di accesso, sia per quanto attiene alla possibilità o meno di essere accompagnato che alla necessità di indossare la mascherina.

L'ingresso in struttura:

- deve essere regolamentato,
- deve essere preventivamente fortemente sconsigliato prima di 15 minuti dell'orario della prestazione,

- non deve prevedere, di norma, la presenza di accompagnatore, eccezion fatta per minori, disabili, utenti fragili non autosufficienti.

In tutte le aree di attesa ambulatoriali dovranno essere messe in atto misure organizzative per la adeguata gestione delle attese, in modo da consentire il rispetto delle adeguate condizioni di sicurezza.

Si rammenta la necessità di prestare particolare attenzione ai pazienti particolarmente fragili, immunodepressi, con patologie onco-ematologiche, con sistema immunitario compromesso o con patologie concomitanti che li rendono più vulnerabili in caso di infezione COVID 19, per i quali si confermano alcune indicazioni specifiche:

- per la gestione delle attività di follow-up andrà valutata la possibilità di esecuzione da remoto, la consultazione di esami non in presenza del paziente;
- qualora non fosse possibile completare il follow-up con le modalità a distanza, l'accesso del paziente dovrà avvenire con tutte le precauzioni già dettagliate;
- i pazienti che devono accedere alla Struttura devono essere preventivamente contattati affinché sia verificata la presenza eventuale di sintomi correlabili ad un'infezione respiratoria:
 - in assenza di tali sintomi l'accesso potrà avvenire previa ulteriore misurazione della temperatura e l'adozione delle misure igieniche già previste all'ingresso in struttura,
 - in presenza di sintomi verrà valutata dal medico della struttura l'opportunità di rinviare la visita o organizzarla nel rispetto delle misure di sicurezza necessarie per il paziente, per la restante utenza e per gli operatori, eventualmente in ambienti dedicati

Per i pazienti da sottoporre a trattamenti che possano causare linfocitopenia è opportuno valutare l'effettuazione di tampone nasofaringeo precedentemente alla effettuazione del trattamento.

Prestazioni ambulatoriali in sedazione

Per tutte le prestazioni ambulatoriali in sedazione si rammenta la necessità di garantire spazi adeguati finalizzati da un lato a permettere la osservazione del paziente sottoposto alla procedura, dall'altro a garantire la presenza di un accompagnatore.

Punti prelievo

Gli accessi ai punti prelievo di materiali biologici (sia in ospedale che in altre sedi) devono di norma essere prenotati, ampliando opportunamente le fasce orarie e la distribuzione nelle stesse, in modo da ottenere il distanziamento effettivo delle persone. In ogni caso deve essere assicurata l'attivazione di sistemi/procedure atte ad evitare assembramento di persone che impediscano di assicurare il distanziamento di almeno un metro tra una persona e l'altra.

Le risposte dei referti di laboratorio sono rese disponibili per via telematica tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico; qualora non accessibili online, su espressa richiesta e autorizzazione dell'interessato, potranno essere inviate all'indirizzo dallo stesso indicato.

Diagnostica per immagini

Gli accessi devono essere regolamentati in modo da soddisfare tutte le caratteristiche esplicitate per le prestazioni ambulatoriali.

Le risposte dei referti diagnostici sono rese disponibili per via telematica tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico; qualora non accessibili online, su espressa richiesta e autorizzazione dell'interessato, potranno essere inviate all'indirizzo dallo stesso indicato.

Nel caso di accessi di pazienti dal Pronto Soccorso o da altre unità di degenza, si raccomanda vengano realizzati percorsi distinti o, rispettate rigorose procedure comportamentali e organizzative in caso di attività in favore di pazienti COVID 19 o sospetti tali.

Altri servizi a potenziale alto flusso di accesso di utenti

Si confermano le indicazioni precedenti per tutti i servizi a potenziale afflusso di utenti: va in ogni modo favorito il canale di accesso telefonico, nei casi in cui l'utente ritenga di non poter evitare la prenotazione in modalità di front office, onde evitare situazioni imprevedibili di affollamento nelle sale di attesa; l'accesso al servizio andrà preferibilmente gestito mediante prenotazione per via telematica del giorno e dell'orario di presentazione allo sportello.

Sempre al fine di disciplinare il flusso degli utenti, la medesima modalità di programmazione dell'accesso agli sportelli dovrà essere adottata anche nelle strutture sanitarie, per i servizi di:

- CUP,
- Pagamenti prestazioni qualora non eseguibili a distanza,
- distribuzione diretta di farmaci ed altri presidi medico chirurgici,
- richiesta/riconoscimento delle esenzioni per patologia e per reddito,
- assistenza protesica,
- cure all'estero,
- richiesta e ritiro di documentazione sanitaria,
- ogni altra documentata esigenza degli utenti.

Indicazioni per il ricovero ospedaliero

Indicazioni organizzative per la ripresa complessiva delle attività di ricovero

Per ogni Struttura Ospedaliera, pubblica e privata accreditata è necessario prevedere l'accesso a percorsi definiti e differenziati per i pazienti in funzione della certezza o della probabilità di essere COVID positivi.

Per garantire una corretta ripresa delle attività di ricovero programmato è obbligatoria la centralizzazione aziendale delle agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri al fine di garantire quanto più possibile il monitoraggio delle stesse da parte della Direzione della Struttura.

Tutti i ricoveri programmati devono prevedere l'identificazione delle Classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito del PNGLA 2019-2021.

Al fine di garantire la massima trasparenza e un'interpretazione più omogenea possibile dei criteri è opportuno al momento dell'inserimento in lista di attesa (ovvero della chiamata all'utente) comunicare tutte le idonee informazioni al cittadino relativamente a quanto disciplinato per emergenza COVID relativamente all'attività di ricovero.

Qualora si modifichino le condizioni cliniche del paziente oppure si debba rinviare il ricovero per motivazioni correlate alle condizioni cliniche del paziente e/o inerenti l'emergenza COVID, è necessario definire le dovute modifiche all'ordine di priorità.

Si ribadisce la necessità di prevedere una separazione, la più netta possibile, dei percorsi e delle equipe dedicate all'assistenza dei pazienti.

In ragione delle diverse fasi evolutive della patologia e dei limiti attuali degli accertamenti diagnostici, si ritiene opportuno non richiedere più l'effettuazione dei test sierologici e mantenere obbligatoria l'esecuzione del tampone prima del ricovero, confermando le seguenti tre diverse tipologie di situazioni:

- Pazienti certamente COVID (con tampone/BAL positivo),
- Pazienti probabilmente COVID (con tampone/BAL negativo o in attesa di esito, ma con clinica/anamnesi/imaging suggestive-positive),
- Pazienti possibilmente COVID FREE (tampone negativo, anamnesi e clinica negative, imaging negativo).

Mentre le due aree di degenza COVID e COVID FREE individuano due settori chiaramente differenti tra loro, con indicazioni da rispettare al loro interno sintetizzate, in linea generale, nei punti successivi, si confermano le indicazioni specifiche relative all'area DI OSSERVAZIONE o AREA GRIGIA da riservare ai pazienti "probabilmente COVID" così come descritti sopra. Tali pazienti devono essere mantenuti in stanze singole nelle quali è opportuno che il personale osservi le medesime misure di protezione e i medesimi comportamenti raccomandati nelle AREE COVID.

L'articolazione di queste tre aree non è di semplice realizzazione all'interno delle strutture sanitarie e richiede complesse valutazioni, separazioni di percorsi, individuazione di equipe quanto più dedicate a ciascun specifico settore, definizione di comportamenti da rispettare in ogni area: dal punto di vista strettamente logistico tali separazioni richiedono spazi più ampi con la possibilità di riduzione complessiva della ricettività dell'intera Struttura al fine di poter assicurare ovunque l'esecuzione dei corretti comportamenti.

Si suggerisce che siano valutate le opportunità di allestimenti di settori multidisciplinari differenziati (anche per intensità di cura) per le diverse tipologie di pazienti.

AREE DI DEGENZA COVID:

Le aree di degenza COVID sono individuate prioritariamente nei 17 ospedali così come definito dalla DGR 3264 del 16 giugno 2020, fino a saturazione delle disponibilità indicate; successivamente ogni struttura sanitaria dovrà dotarsi, secondo propri modelli organizzativi, di aree di degenza COVID, per le quali dovranno essere rispettate le indicazioni già diramate.

AREE DI DEGENZA COVID FREE: area dedicata esclusivamente alla degenza di Pazienti COVID free con personale sanitario dedicato. Qualora non sia possibile il ricovero di questi pazienti in stanza singola, il distanziamento tra gli stessi deve essere di almeno 1,5 metri. Tutti gli operatori sanitari che operano in quest'area sono muniti di idonei DPI (vedi indicazioni sintetizzate nell'allegato 1a), fatte salve misure di protezione maggiori sempre in funzione delle manovre di assistenza che vengono eseguite.

AREE INTENSIVE: stante la progressiva riduzione della necessità di posti letto di Terapia Intensiva per pazienti COVID, e la conseguente rimodulazione complessiva di ogni Presidio ospedaliero, si individuano prioritariamente le strutture ASST Grande Ospedale Metropolitano di Niguarda, IRCCS Fondazione Policlinico di Milano, ASST Spedali Civili di Brescia, ASST Fatebenefratelli Sacco e IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia, dove si ritiene necessario che vengano garantite unità dedicate e distinte per pazienti intensivi COVID positivi.

L'attivazione di aree intensive ulteriori seguirà quanto definito nella DGR 3264 del 16 Giugno 2020 e successive eventuali indicazioni della DGW.

Tutte le aree realizzate in ampliamento nel periodo di emergenza devono essere mantenute arredate e attrezzate e pronte ad un'eventuale ulteriore immediata attivazione.

Ricoveri chirurgici elettivi

Attualmente la bassa incidenza di Tamponi positivi riscontrati su Pazienti asintomatici per COVID-19 e candidati a procedure chirurgiche e/o interventistiche elettive consente di ipotizzare una totale riapertura delle attività, alla luce del dato epidemiologico derivante dall'indagine sierologica sui Pazienti e dall'indagine sierologica a campione sulla popolazione di alcune aree territoriali lombarde.

Appare ora necessario semplificare il percorso preoperatorio elettivo, aumentare il numero di pazienti "preparati" per una procedura chirurgica/interventistica e incrementare l'attività chirurgica sino ad un volume complessivo prossimo al valore del periodo pre-pandemico.

Si mantiene cogente ed indispensabile lo screening accurato dei pazienti candidati a chirurgia elettiva.

Sono confermate le indicazioni per ottenere una completa separazione di percorsi per i Pazienti COVID NEGATIVI candidati a chirurgia elettiva.

Percorso di prericovero:

Esecuzione del tampone (entro e non oltre le 72h dall'atto chirurgico) di norma a percorso di pre-ricovero, completato con nulla osta specialistico complessivo all'esecuzione dell'atto chirurgico/interventistico. Questa soluzione rende più agevole la composizione delle liste operatorie e riduce il rischio di imprevedibili annullamenti di interventi e/o intere sedute operatorie. Questa soluzione è percorribile potendo garantire, con assoluto rigore, le norme di distanziamento sociale tra i pazienti in attesa e disponendo di aree adibite ad attività ambulatoriale, separate o con percorsi di accesso separati, rispetto ad altri pazienti.

Può essere indicata anche l'effettuazione del tampone e del pre-ricovero contestualmente, riducendo di fatto gli accessi complessivi dei pazienti in Ospedale, dalla visita ambulatoriale all'atto chirurgico per particolari tipologie di pazienti più a rischio. Questa soluzione deve prevedere gli stessi accorgimenti organizzativi, ma una maggiore capacità di gestione delle liste operatorie e dell'accesso alla sala operatoria nei tempi congrui alla validità del tampone, garantendo un eventuale secondo tampone se l'atto chirurgico venisse posticipato a distanza superiore alle 72h dal primo tampone.

Ogni organizzazione ospedaliera potrà valutare se considerare la degenza in area COVID FREE superiore alle 72h dall'esecuzione del tampone, come sufficiente per non procedere a ripetizione preoperatoria del tampone stesso.

Gli strumenti clinici ed organizzativi mirati a rispettare i principi di protezione sono qui di seguito elencati:

- Anamnesi accurata e mirata alle caratteristiche cliniche del contagio da SARS-CoV-2 che consideri le potenziali manifestazioni, sia a carico del paziente sia a carico dei familiari/conviventi/possibili contatti. Questa raccolta anamnestica non può prescindere da una indagine epidemiologica del nucleo familiare ed eventualmente dell'ambiente di lavoro del Paziente. I dati raccolti vanno collocati temporalmente in relazione alle note tempistiche delle fasi evolutive descritte (contagio → incubazione → periodo di asintomaticità pre-clinica → periodo di contagiosità residua). E' raccomandabile l'utilizzo di una check-list mirata a questo scopo che andrà sottoscritta dall'Operatore Sanitario e dal paziente. E' considerata accettabile una compilazione per via telematica o digitale della stessa.
- Misurazione della temperatura corporea all'accesso in Ospedale
- Tampone naso-faringeo (esame di biologia molecolare - ricerca RNA virale): si segnala che tale esame è gravato dalla possibilità di falsi negativi.
- Esami di laboratorio: l'esperienza clinica maturata nella cura dei pazienti COVID+, ha evidenziato una significativa alterazione di alcuni valori biochimici e del quadro ematologico correlati ad una elevata risposta infiammatoria generalizzata nella fase acuta di malattia. Non sono altrettanto certe e sufficientemente documentate, eventuali alterazioni biochimiche in pazienti asintomatici. Si ritiene auspicabile considerare nello screening di laboratorio preoperatorio alcuni profili standard ponendo particolare attenzione ad eventuali alterazioni della conta linfocitica (linfocitopenia).
- Indagini radiologiche: in assenza di dati certi in merito ai riscontri radiologici in Pazienti asintomatici, sembra ragionevole considerare nel percorso preoperatorio un accertamento di diagnostica per immagini in base a criteri di individualizzazione del rischio perioperatorio. Ad oggi non è possibile fornire una indicazione univoca con grado di raccomandazione forte in merito a questo aspetto. Appare ragionevole aggiungere esami di diagnostica radiologica (per esempio Eco Torace, Rx Torace, TAC torace) dove questi possono aiutare a valutare meglio la situazione clinica e ridurre il rischio perioperatorio, sempre nell'ottica dell'individualizzazione del rischio.
- Isolamento fiduciario: il periodo di tempo intercorrente tra lo screening del paziente (esecuzione tampone naso-faringeo) e la procedura chirurgica elettiva, è determinante per il rispetto dei principi di protezione individuati. In considerazione della variabilità logistica ed organizzativa degli ospedali lombardi, non è possibile standardizzare in maniera univoca questo periodo di tempo. E' tutt'ora mandatorio collocarlo entro un intervallo temporale di 72h e permane altresì mandatorio istruire il paziente in merito all'importanza di rispettare la condizione di isolamento fiduciario per tutta la durata dell'attesa. Si ritiene utile dettagliare in un documento informativo destinato ai pazienti elettivi, le norme comportamentali da seguire per rispettare l'isolamento fiduciario.

Utilizzo per tutta la permanenza nelle aree ospedaliere durante l'espletamento del percorso di valutazione, di mascherine tipo "chirurgico".

Sala Operatoria

Laddove presente ed utilizzabile, è opportuno prevedere un blocco operatorio ad uso esclusivo dei Pazienti candidati a chirurgia elettiva. In carenza di questo, è possibile considerare una separazione, fisica e completa di materiali e personale tra le sale operatorie dedicate ai Pazienti chirurgici elettivi. Completamente separati devono essere anche i percorsi di ingresso e uscita dai blocchi/sale operatorie "COVID free" ed i percorsi di accesso dalla/e aree di degenza "COVID free". Le medesime considerazioni si applicano anche agli ambienti extra blocco operatorio, sedi di procedure interventistiche (Endoscopia, Radiologia, Emodinamica, Elettrofisiologia....).

Ricovero per Paziente pediatrico e paziente con disabilità:

Il paziente in età pediatrica è sempre accompagnato nell'intero percorso pre-ospedaliero e poi di degenza ospedaliera, da un genitore. Una situazione analoga può riguardare persone con disabilità di diversa natura, che hanno necessità di un accompagnatore.

È pertanto opportuno che:

- a. il numero di questi soggetti sia il più possibile limitato (1 solo genitore/accompagnatore per paziente)
- b. anche questi soggetti (genitore, accompagnatore) siano sottoposti allo screening composto da anamnesi mirata, misurazione della temperatura e tampone naso-faringeo. Solo la negatività di questi tre elementi potrà consentire il loro accesso in ospedale e la loro prossimità al paziente nel percorso pre e intra-ospedaliero.

Per il paziente pediatrico, infine, la diagnostica per immagini del torace (radiografia, TC) non dovrà essere eseguita in modo routinario ma solo dopo valutazione medica e per uno specifico quesito di carattere clinico.

Sistema Regionale Trapianti

Al fine di supportare la ripresa del programma regionale trapianti è necessario mantenere il sistema in condizioni di sicurezza, qualità e sostenibilità, per riportare gradualmente i processi di donazione e trapianto nelle condizioni quali/quantitative precedenti all'emergenza stessa.

In considerazione dell'attuale scenario epidemiologico regionale della pandemia da SARS-CoV-2 vengono di seguito riportate le indicazioni, per la prosecuzione delle attività sanitarie connesse alla donazione e al trapianto di organi e tessuti, cornee comprese.

Programma regionale di donazione organi e tessuti

- Strutture sanitarie con potenzialità di donazione di organi (ASST e IRCCS pubblici)

Si raccomanda alla Direzioni delle strutture sanitarie dotate di rianimazione/terapia intensiva di mantenere/riportare la dovuta attenzione al percorso del neuroleso grave, affinché sia garantita l'appropriata gestione di tutti i casi con evoluzione verso lesioni cerebrali irreversibili, condizione che impone l'accertamento del decesso con criteri neurologici.

- Strutture sanitarie private accreditate con potenzialità di donazione di organi

Tali strutture necessitano di supporto esterno per l'attivazione del Collegio di Accertamento Morte o il trasferimento del potenziale donatore presso strutture sanitarie di riferimento. Nelle more dell'identificazione dei "Centri di Riferimento per la donazione di organi e tessuti",

al fine di garantire il processo di donazione nei casi in cui risulti nel Sistema Informativo Trapianti (SIT) una manifestazione di volontà favorevole alla donazione post-mortem, si invitano i referenti delle Direzioni a contattare il Coordinamento Regionale Trapianti (coordinamento_trapianti@regione.lombardia.it) per il necessario supporto formativo e organizzativo).

- Strutture sanitarie con potenzialità di donazione di tessuti (cornee)

Si raccomanda alle Direzioni delle strutture sanitarie di ricomprendere nella riorganizzazione delle attività sanitarie anche la ripresa delle donazioni dei tessuti. Il rispetto delle indicazioni nazionali specifiche per la donazione di tessuti e cornee e l'utilizzo appropriato dei DPI, così come indicato per qualsiasi intervento chirurgico, consentono di praticare l'attività di prelievo in condizioni di sicurezza, sia per i sanitari coinvolti, sia per i riceventi.

Programma regionale di trapianto organi e tessuti

Si raccomanda alle Direzioni di procedere con la ripresa dei processi di trapianto da cadavere e da vivente a livello aziendale, favorendo, tramite il raccordo con i Responsabili dei programmi aziendali, la riorganizzazione del PDTA del candidato al trapianto: l'inserimento in lista d'attesa e il mantenimento in lista, la convocazione per il trapianto, la degenza post-operatoria ed i controlli post-trapianto sono elementi qualificanti il mantenimento dell'autorizzazione ad eseguire l'attività di trapianto.

Raccomandazioni generali per gli Operatori Sanitari

Nessuno strumento diagnostico attualmente disponibile è in grado di certificare la non-contagiosità permanente di un Operatore Sanitario.

Premesso che per gli operatori sintomatici vale il programma di sorveglianza già in atto negli ospedali, il focus di una sorveglianza estesa volta a proteggere, prima di tutto, il paziente COVID Negativo e gli altri operatori sanitari coinvolti, deve essere indirizzata in particolare ai soggetti asintomatici, potenziali carriers del virus.

L'implementazione di un adeguato programma di sorveglianza sanitaria per gli Operatori Sanitari non può prescindere, da parte degli stessi, da uno scrupoloso e continuo uso di DPI adeguati (Allegato 1a) secondo le indicazioni cogenti ed il rispetto di uno stile di vita extra-ospedaliero in linea con le raccomandazioni generali rivolte alla popolazione.

Gli operatori sanitari che lavorano in aree dedicate a pazienti particolarmente fragili, immunodepressi e sottoposti a terapie che possono causare linfocitopenia, devono essere sottoposti a un sistema di sorveglianza attivo che possa prevedere l'effettuazione di tamponi indicativamente ogni 14 giorni.

Sorveglianza e segnalazione COVID-19 in ambiente ospedaliero

Il sistema di sorveglianza COVID-19 utilizza 3 flussi informativi in ambito ospedaliero:

- **sMAINF**, è il sistema di riferimento per la segnalazione delle malattie infettive, permette di segnalare la presenza di casi sospetti o confermati al fine di attivare le indagini epidemiologiche a carico di ATS e i relativi provvedimenti del caso;
- **FLUSSO RICOVERI**, realizzato esclusivamente per COVID-19, permette di monitorare la presenza di pazienti COVID-19 positivi ricoverati negli ospedali lombardi, è da aggiornare quotidianamente, è utilizzato per la rendicontazione al Ministero della Salute/ISS;
- **SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLA TERAPIA INTENSIVA**, realizzato esclusivamente per COVID-19, permette di monitorare la presenza di pazienti COVID-19 positivi ricoverati nelle UUOO di Terapie Intensive degli ospedali lombardi: è necessario che il personale della terapia intensiva aggiorni quotidianamente il database di sorveglianza delle terapie intensive ed è utilizzato per la rendicontazione al Ministero della Salute/ISS. Al momento il sistema informatico è gestito centralmente, è prevista a breve una evoluzione al fine di fornire alle strutture ospedaliere specifici accessi diretti alla piattaforma online.

In tabella sono fornite le indicazioni per la compilazione dei tre sistemi di sorveglianza. La UO Prevenzione della DGW è di riferimento per la gestione degli accessi ai 3 flussi informativi.

SETTING	SITUAZIONE	FLUSSI INFORMATIVI		
		sMAINF §	FLUSSO RICOVERI	S.S DI TERAPIA INTENSIVA
PRONTO SOCCORSO	PAZIENTE SINTOMATICO SUGGESTIVO DI COVID-19	OBBLIGATORIA IMMEDIATA ALLA RILEVAZIONE SINTOMI	SI - SOLO IN SEGUITO AD ESITO TAMPONE POSITIVO**	NO
PRONTO SOCCORSO	PAZIENTE NON SUGGESTIVO COVID-19 MA CON RILEVAZIONE DELLA TEMPERATURA $\geq 37,5^\circ$ A PRESCINDERE DAL MOTIVO PER CUI È IN PS	OBBLIGATORIA SOLO IN SEGUITO AD ESITO TAMPONE POSITIVO*	SI - SOLO IN SEGUITO AD ESITO TAMPONE POSITIVO**	NO
REPARTO/ PRERICOVERO	PAZIENTE DA RICOVERARE O GIÀ RICOVERATO SENZA SINTOMI SUGGESTIVI DI COVID-19	OBBLIGATORIA SOLO IN SEGUITO AD ESITO TAMPONE POSITIVO – fermo restando che se il paziente manifesta sintomi suggestivi di COVID 19 la segnalazione è obbligatoria	SI - SOLO IN SEGUITO AD ESITO TAMPONE POSITIVO**	SI -SOLO PER I PAZIENTI RICOVERATI IN TERAPIA INTENSIVA COVID-19 POSITIVI
REPARTO	PAZIENTE GIÀ RICOVERATO CHE SVILUPPA SINTOMI SUGGESTIVI DI COVID-19	OBBLIGATORIA IMMEDIATA ALLA RILEVAZIONE DI SINTOMI	SI - SOLO IN SEGUITO AD ESITO TAMPONE POSITIVO**	NO
AMBULATORI O SERVIZI DIAGNOSTICI / ALTRI SETTING OSPEDALIERI	PAZIENTE (O ACCOMPAGNATORE) CON RILEVAZIONE DELLA TEMPERATURA $\geq 37,5^\circ$ CON O SENZA SINTOMI SUGGESTIVI DI COVID	OBBLIGATORIA IMMEDIATA ALLA RILEVAZIONE DI SINTOMI	SI - SOLO IN SEGUITO AD ESITO TAMPONE POSITIVO**	NO

*** fermo restando che il tampone sia eseguito contestualmente in pronto soccorso, viceversa permane l'obbligo alla segnalazione alla rilevazione dei sintomi**

**** anche se il tampone è stato eseguito in altra struttura**

§ si ricorda l'obbligatorietà di riportare il **numero di telefono del paziente in sMAINF per permettere alle ATS di contattarlo rapidamente.**

ATS, attivata tramite sMAINF, ha il compito di approfondire l'indagine epidemiologica; è comunque necessario per garantire la minima diffusione del virus che già in ospedale vengano attivate alcune misure:

- **INDAGINE DIAGNOSTICA (TAMPONE)** → ogni volta che si presenta un caso sospetto COVID-19 oppure si rileva la $TC \geq 37,5^\circ$ in un utente od un accompagnatore si deve eseguire rapidamente un tampone, in tal senso le strutture ospedaliere devono identificare percorsi dedicati. Se un accompagnatore del caso sospetto è presente in pronto soccorso è possibile procedere al test diagnostico con tampone.
- **ISOLAMENTO DOMICILIARE** → Ai casi sospetti è necessario indicare l'obbligo di isolamento domiciliare (per i pazienti non ricoverati) che permane sino ad esito del tampone (ciò vale anche per i loro contatti stretti): se l'esito è negativo si scioglie l'isolamento, se positivo i contatti stretti (se non già tamponati) devono essere immediatamente tamponati.

Ai casi positivi è necessario indicare (per i pazienti non ricoverati) che devono rimanere in isolamento domiciliare fino a guarigione (negatività con due tamponi in assenza di sintomi dopo almeno 14 giorni dall'inizio sintomi o data tampone).

E' inoltre opportuno indicare al caso sospetto/confermato di avvisare i propri i contatti stretti frequentati fino 2 giorni prima dell'inizio sintomi (ad esempio i conviventi) di rimanere in isolamento fino all'esito del tampone.