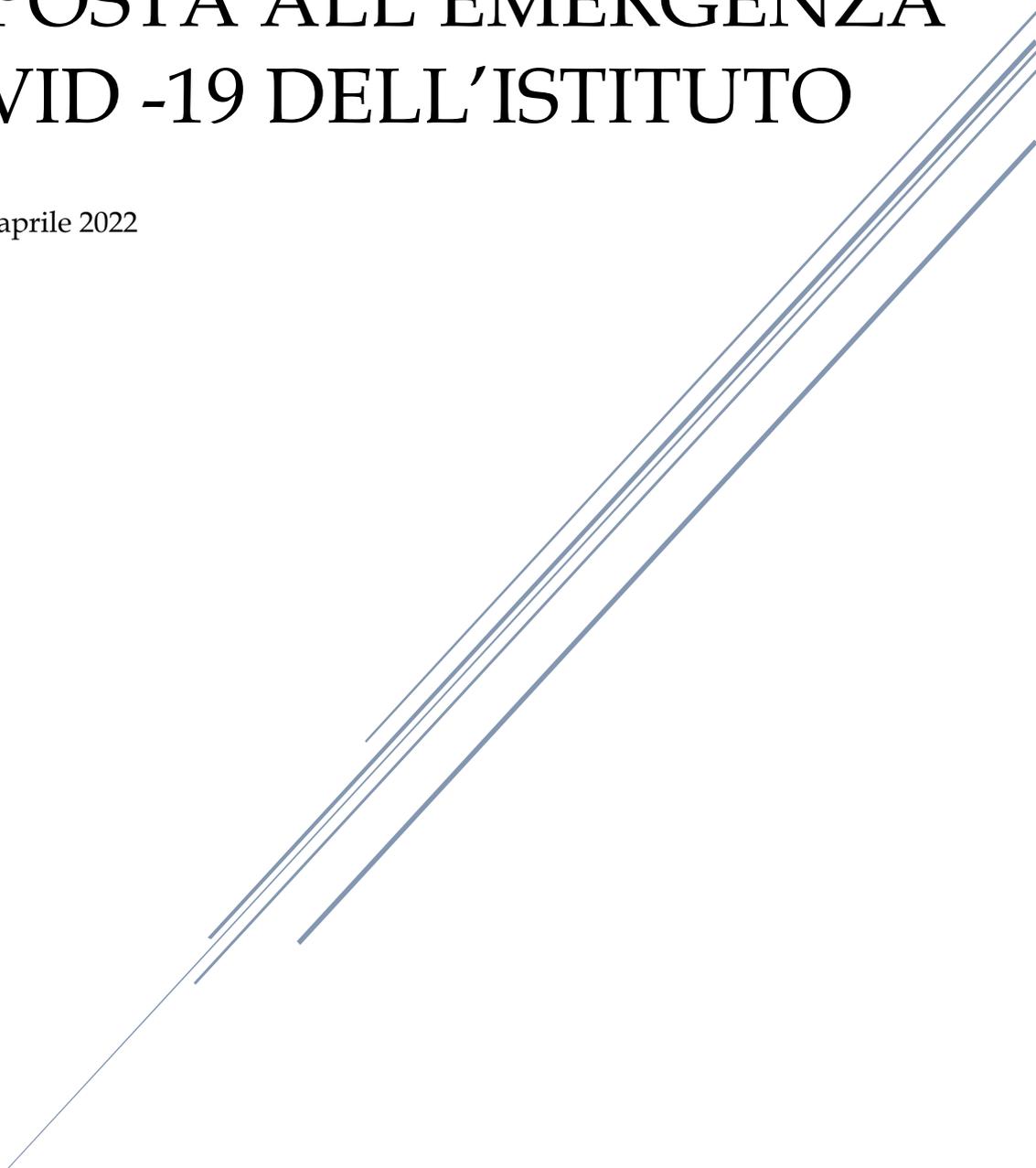


IRCCS BURLO GAROFOLO

PIANO OPERATIVO PER LA RISPOSTA ALL'EMERGENZA COVID -19 DELL'ISTITUTO

Revisione 30 aprile 2022



Direzione Sanitaria

Direttore Sanitario: *dott.ssa Paola Toscani*

● tel: 040.3785.600 ● fax 040.660919

● e-mail: direzione.sanitaria@burlo.trieste.it

● posta certificata: OIBurloTS.protgen@certsanita.fvg.it

	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
ISTITUTO DI RICOVERO e CURA a carattere scientifico	
Burlo Garofolo di Trieste	
	

*A cura della Direzione Sanitaria:
dr.ssa Paola Toscani*

SOMMARIO

PREMESSA	4
1. INFEZIONE DA VIRUS SARS-COV-2 IN ITALIA E IN FRIULI VENEZIA GIULIA. CONTESTO EPIDEMIOLOGICO	5
1.1 COVID-19 ED ETÀ PEDIATRICA	5
2. DEFINIZIONI	11
2.1 DEFINIZIONE DI CASO DI COVID-19	11
2.2 CLASSIFICAZIONE DEI CASI.....	11
2.3 DEFINIZIONE DI VOL.....	11
2.4 DEFINIZIONE DI VOC	12
2.5 DEFINIZIONE DI CONTATTO.....	12
3. CAMPAGNA VACCINALE ANTI SARS COV-2/COVID 19	13
3.1 OBBLIGO VACCINALE.....	13
3.2 GREEN PASS.....	13
4. CONTROLLO DELLA DIFFUSIONE DELL'INFEZIONE	15
4.1 ACCESSI.....	15
4.2 GESTIONE EMERGENZA URGENZA.....	15
4.3 GESTIONE AMBULATORIALE.....	16
4.4 GESTIONE DEI RICOVERI.....	17
4.5 PERCORSI EXTRAOSPEDALIERI	18
4.6 SCUOLA IN OSPEDALE	18
4.7 MEDIAZIONE CULTURALE	18
5. GESTIONE DEI CASI SOSPETTI E CONFERMATI COVID-19	19
5.1 AREE DEDICATE A PAZIENTI CON COVID-19 E RELATIVE FUNZIONI	19
5.2 AREE DEDICATE A COVID-19.....	19
5.3 FUNZIONI E ATTIVITA'	19
5.2 PERCORSI CON PARTENZA DAL FILTRO	20
5.3 ORGANIZZAZIONE E RESPONSABILITÀ DEL PRE-TRIAGE	21
5.4 PERCORSI DEDICATI A PAZIENTI COVID-19 SOSPETTI E CONFERMATI - PAZIENTE PEDIATRICO.....	21
5.5 PERCORSI DEDICATI A PAZIENTI COVID-19 SOSPETTI E CONFERMATI - NEONATO, PAZIENTE OSTETRICA E GINECOLOGICA.....	22
5.6 GESTIONE DELL'AREA COVID-19.....	24
5.7 PAZIENTE CHIRURGICO SOSPETTO O CONFERMATO DA TRASFERIRE IN SALA OPERATORIA DAI REPARTI COVID-19.....	25
5.8 GESTIONE DEI PAZIENTI COVID-19 CONFERMATI E SOSPETTI IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE	26
5.9 PERCORSO E AZIONI PER ESECUZIONE TC TORACE IN PAZIENTE POSITIVO PER COVID-19.....	26
5.10 GESTIONE DEI PAZIENTI COVID-19 CONFERMATI E SOSPETTI IN BLOCCO OPERATORIO	27
5.11 INDICAZIONI PER L'USCITA DAI PERCORSI COVID-19.....	29
6. CONTINUITÀ DELLE CURE ESSENZIALI	30
6.1 ASSICURARE I SERVIZI DI ASSISTENZA	30
6.2 RISORSE UMANE.....	31
7. SORVEGLIANZA SANITARIA E MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE DEL COVID-19	32
7.1 MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE	32
7.2 PRECAUZIONI AGGIUNTIVE PER GLI OPERATORI SANITARI.....	32
7.3 CRITERI PER LA SCELTA DEI DPI DA UTILIZZARE	32
7.4 DEFINIZIONI.....	32

7.5	TEST DI SCREENING IN OPERATORI SANITARI.....	34
7.6	INDICAZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DEI CONTATTI DI CASI COVID-19 NEGLI OPERATORI SANITARI ..	34
7.7	INDAGINE EPIDEMIOLOGICA	36
7.8	SORVEGLIANZA SANITARIA E MEDICO COMPETENTE.....	36
1.	<i>Lavoratori positivi con sintomi gravi e ricovero</i>	36
2.	<i>Lavoratori positivi a lungo termine</i>	37
7.9	SISTEMA DI MONITORAGGIO E VERIFICA	37
8.	LABORATORIO E DIAGNOSI	38
8.1	ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO	38
8.2	TIPOLOGIA DEI TEST PER DIAGNOSI VIRUS SARS-CoV-2	38
8.3	MODALITÀ DI PROCESSO PER INVIO DEI CAMPIONI	40
8.4	MODALITÀ DI COMUNICAZIONE DEI RISULTATI	40
8.5	TARGET DI LABORATORIO.....	41
9.	FORMAZIONE, PREPARAZIONE E SUPPORTO AL PERSONALE SANITARIO.....	42
9.1	I FABBISOGNI FORMATIVI.....	42
9.2	IL PIANO FORMATIVO ANNUALE DELL'IRCCS	43
9.3	ATTUALIZZAZIONE DELLE CONOSCENZE IN TEMA DI GESTIONE DELL'EMERGENZA	43

PREMESSA

Il Piano operativo per la risposta all'emergenza COVID -19 dell'Istituto, formalizzato nel novembre 2020, è stato predisposto al fine di documentare la riorganizzazione e guidare l'Istituto attraverso le diverse fasi della pandemia di Covid 19. Da allora, si sono susseguiti nuovi atti nazionali e regionali di indirizzo, riportanti indicazioni e provvedimenti che hanno messo a disposizione anche nuovi strumenti di supporto e finanziari per affrontare le nuove situazioni che il sistema è stato chiamato a gestire. Questa versione del Piano si configura come un documento sintetico di revisione e aggiornamento, la cui stesura avviene con uno sguardo diverso da quello emergenziale del primo piano e deriva dall'esperienza acquisita e dalla mutazione dello scenario indotta dalla campagna vaccinale.

Il progressivo ritorno alle attività ordinarie è, infatti, fortemente condizionato dall'estensione della pratica vaccinale. La progressiva diffusione della copertura vaccinale ha consentito da un lato la graduale ripresa controllata delle attività economiche e sociali, dall'altro la riapertura di tutte le attività sanitarie inizialmente sospese o ridotte a causa della pandemia. Il mantenimento di adeguati livelli di attività sarà, tuttavia, possibile solo se ci sarà la capacità di programmare risposte pronte a ogni variazione dell'andamento epidemiologico, che, considerata la popolazione di riferimento dell'Istituto (popolazione 0-18 anni), è influenzato dalla campagna vaccinale meno positivamente che in altre fasce d'età. Risulta, pertanto, necessario strutturare modalità organizzative di risposta tempestiva, commisurata ai diversi scenari e articolata sulla base delle risorse professionali disponibili.

Questo documento intende essere, pertanto, uno strumento operativo di immediato utilizzo e di facile consultazione, ad integrazione e aggiornamento di quanto già elaborato, che rimane tuttora in vigore nelle parti non modificate.

Questa versione del Piano integra la precedente e -a sua volta -sarà oggetto di progressivo e periodico aggiornamento, qualora le mutazioni di scenario e di conoscenze scientifiche dovessero portare a nuovi modelli organizzativi, a diversi indirizzi o a ulteriori disposizioni nazionali e regionali.

1. INFEZIONE DA VIRUS SARS-COV-2 IN ITALIA E IN FRIULI VENEZIA GIULIA.

CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

La prima segnalazione di casi di infezione da SARS-CoV-2 in Italia risale al 30 gennaio 2020 (due turisti provenienti dalla Cina risultati positivi al virus SARS-CoV-2 a Roma). Alla data del 31 marzo 2022 erano stati registrati nel nostro paese 14.480.663 casi, tra cui 12.435.727 guariti e 156.875 decessi (letalità=1,1%) (fonte: www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-dashboard).

L'analisi dei dati sui nuovi casi di positività in Italia e in Friuli-Venezia Giulia (Figura 1), evidenzia il trend temporale dell'incidenza, mostrando come le ondate precedenti al picco di gennaio 2022, spinto dalla variante Omicron, e la nuova ondata causata probabilmente dalla variante Omicron 2, abbiano surclassato le precedenti. Tuttavia, il trend della mortalità, e conseguentemente della letalità, mostra un profilo diverso, sia a causa della copertura vaccinale della popolazione, che della minor gravità dei sintomi delle nuove varianti (Figura 2).

Attualmente, in termini assoluti, i nuovi casi in Italia registrati in questa seconda ondata del 2022, sono già superiori a quelli registrati in ogni precedente ondata, escludendo la prima del 2022. Nella nostra regione si registra purtroppo una mortalità più elevata della media italiana, superiore per durata e consistenza a quella della prima ondata del 2020 (Figure 2 e 3). In Friuli-Venezia Giulia nel 2022 (dal 1° gennaio al 10 marzo) si sono registrati già 608 decessi causati da Covid-19, pari alla cifra di decessi del periodo tra l'inizio della pandemia e il 20 novembre 2020. Nonostante questo, è evidente dalla Figura 5 come la letalità della patologia sia andata diminuendo.

La maggior parte dei casi prevalenti si trovano in isolamento domiciliare (Figura 6).

I dati relativi ai nuovi casi, ai ricoveri in terapia intensiva e ai morti (Figure 1-4) evidenziamo come, dopo il picco dei primi mesi del 2022, vi sia nelle ultime settimane una possibile ripresa della malattia. I dati presentati evidenziano come il virus SARS-CoV-2 sia ancora ben presente nella popolazione. È difficile fare previsioni per il futuro vista anche la possibilità di sviluppo di nuove varianti.

Per quanto riguarda le coperture vaccinali per classe di età, nella nostra Regione si registrano coperture più basse rispetto al quadro nazionale per molte fasce d'età, tra cui quelle di cinque punti percentuali tra i 12 e i 19 anni (Figure 7 e 8) e tra i 30 e i 59 anni.

1.1 COVID-19 ED ETÀ PEDIATRICA

Dopo una prima fase di malattia in cui il contributo ai casi dell'età pediatrica è stato molto limitato (nel corso della prima fase di malattia meno del 5% dei casi COVID-19 riportati nei paesi dell'Unione Europea e nel Regno Unito sono avvenuti in persone con meno di 18 anni di età), nelle successive ondate si è assistito ad un aumento dei casi anche nelle fasce di età più giovani. La Figura 9 mostra come la percentuale di casi totali sia cambiata in Italia a partire dal quadro dei 30 giorni al 31 marzo 2020 a quello al 31 marzo 2022. Al 31 marzo 2020 solo 1,3% dei casi totali era rappresentato da soggetti con età fino ai 18 anni, mentre al 31 marzo 2022 questi rappresentavano il 23,8%. La scarsa copertura vaccinale dei bambini e dei ragazzi fino ai 18 anni di età ha sicuramente contribuito all'aumento nella percentuale di casi rappresentata da questa fascia d'età.

Va tuttavia sottolineato che la malattia da SARS-CoV-2 in età pediatrica resta generalmente lieve e che la maggior parte dei soggetti colpiti sono asintomatici o paucisintomatici, o comunque non necessitano di ricovero ospedaliero, come confermato dal confronto tra la Figura 10, che mostra l'incidenza per età dei casi di Covid-19 da inizio pandemia, e la Figura 11, che mostra l'andamento dei ricoveri ordinari. Solo nella fascia tra 0 e due anni, si nota un maggior ricorso al ricovero, pur in presenza di un'incidenza più bassa rispetto alle età superiori.

Figura 1. Italia e Friuli Venezia Giulia, andamento del tasso di casi incidenti di Covid-19, da inizio pandemia, media mobile su 7 giorni (Fonte: MADE; <https://prolea.shinyapps.io/covid19aie/>)

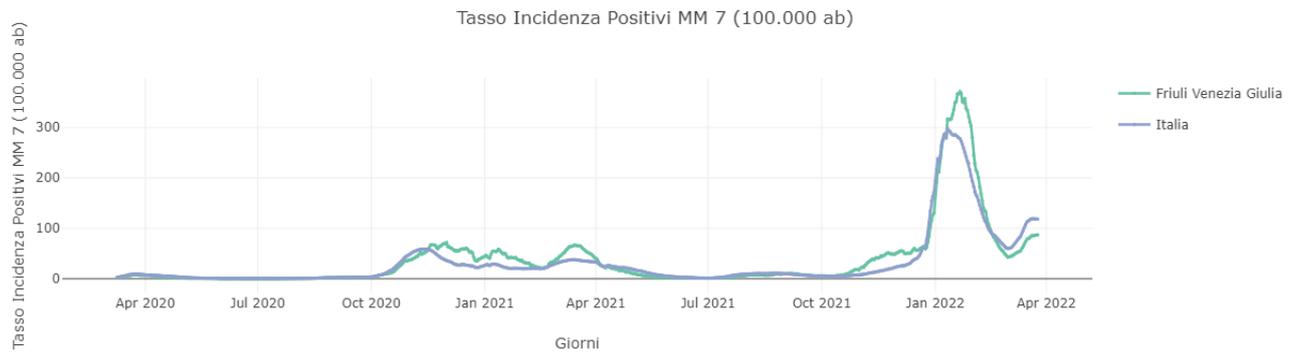


Figura 2. Italia e Friuli Venezia Giulia, andamento del tasso di decessi per Covid-19, da inizio pandemia, media mobile su 7 giorni (Fonte: MADE; <https://prolea.shinyapps.io/covid19aie/>)



Figura 3. Italia (in nero) e Friuli Venezia Giulia (in giallo), tasso di mortalità cumulato per 100 mila abitanti (Fonte: IHME; <https://covid19.healthdata.org/italy?view=cumulative-deaths&tab=trend>)

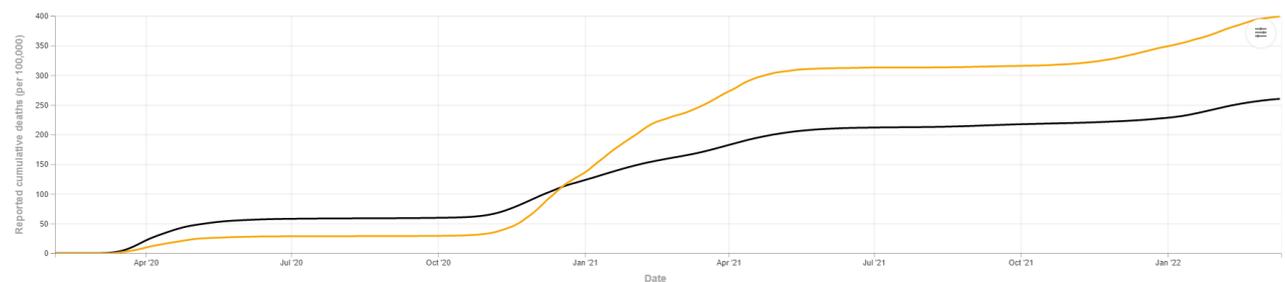


Figura 4. Tasso dei ricoverati in terapia intensiva per 100 mila abitanti, media mobile su 7 giorni (Fonte: MADE; <https://prolea.shinyapps.io/covid19aie/>)



Figura 5. Rapporto tra deceduti e positivi da inizio pandemia (Dati ISS elaborati da INFN: <https://covid19.infn.it/iss/>).

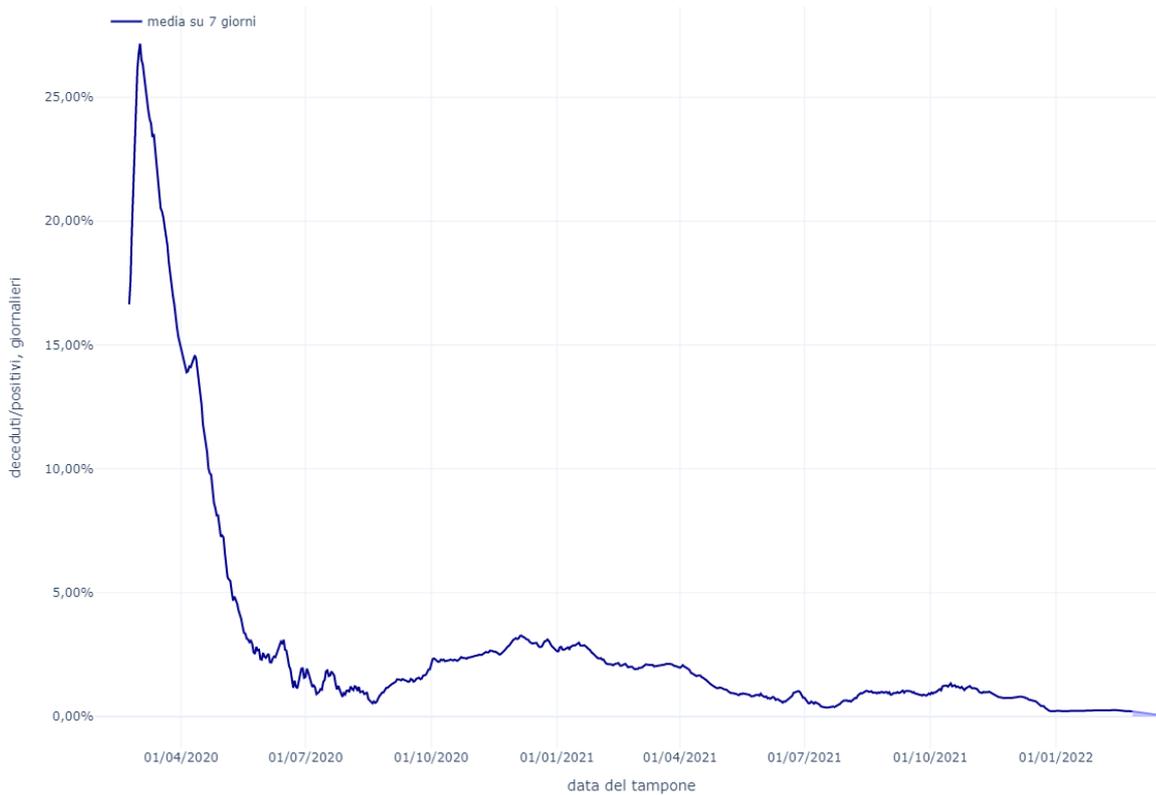


Figura 6. Casi attivi prevalenti: condizione in cui si trovano, in numeri assoluti.

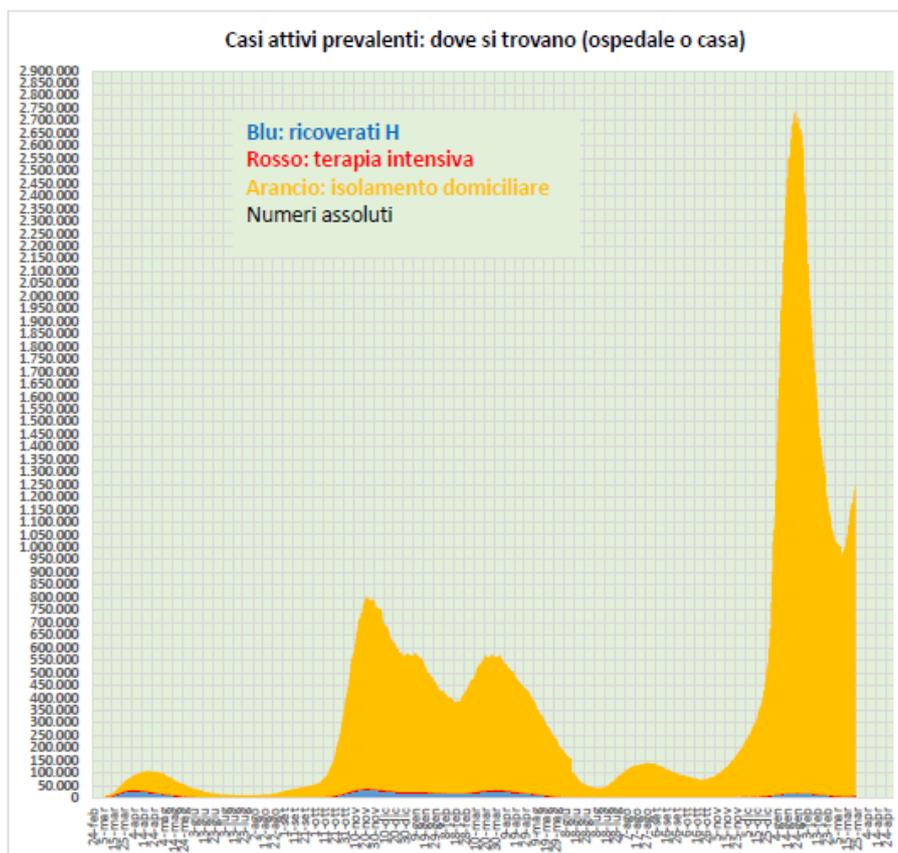


Figura 7. Coperture vaccinali per classi di età, al 30 marzo 2022, Italia (Fonte GIMBE: <https://coronavirus.gimbe.org/vaccini.it-IT.html>).

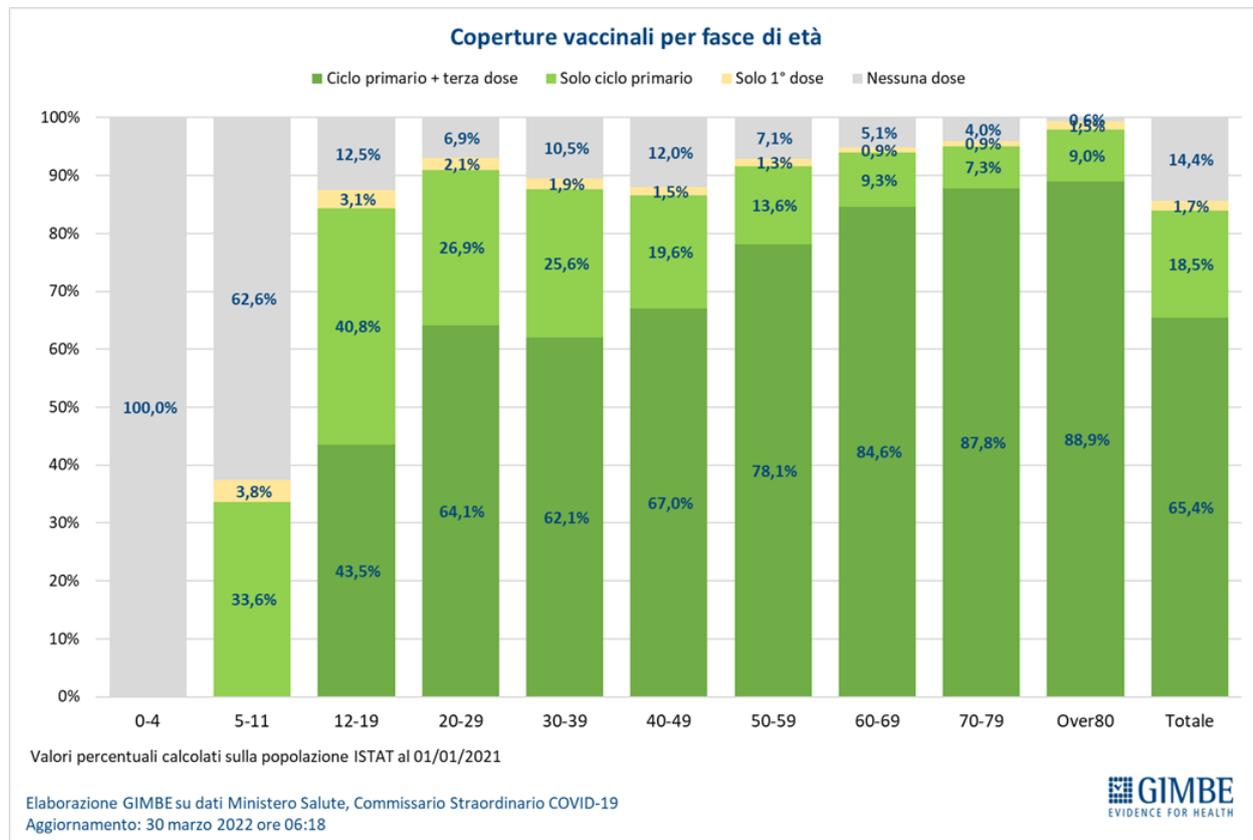


Figura 8. Coperture vaccinali per classi di età, al 30 marzo 2022, Friuli Venezia Giulia (Fonte GIMBE: <https://coronavirus.gimbe.org/regioni.it-IT.html#Friuli%20Venezia%20Giulia>).

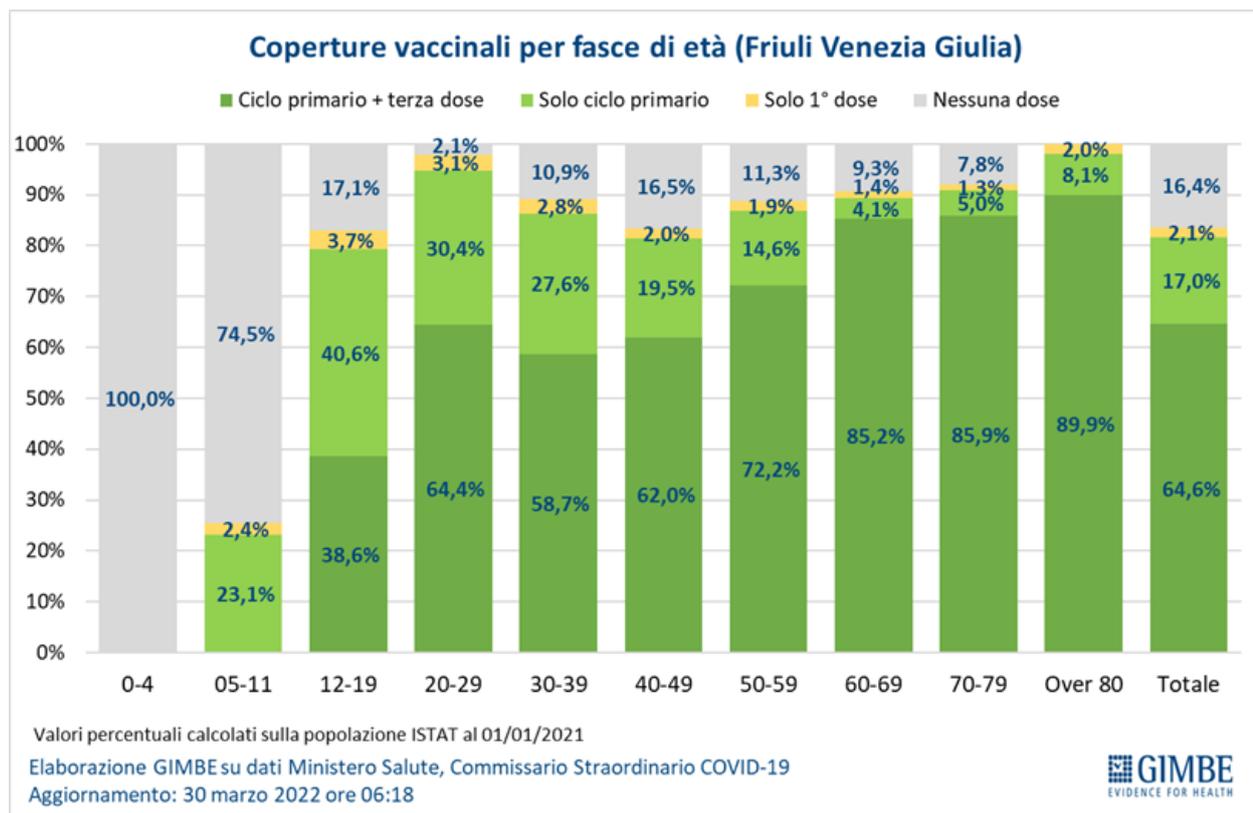


Figura 9. Proporzione (%) di casi di COVID-19 segnalati in Italia per classe di età: confronto tra i dati del 31 marzo 2020 e quelli del periodo 26 ottobre-24 novembre 2020

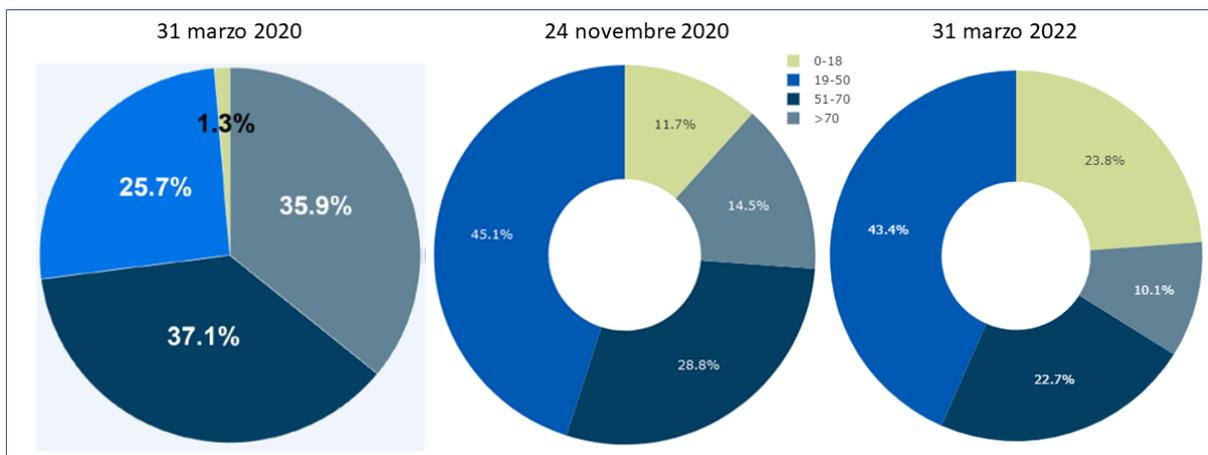
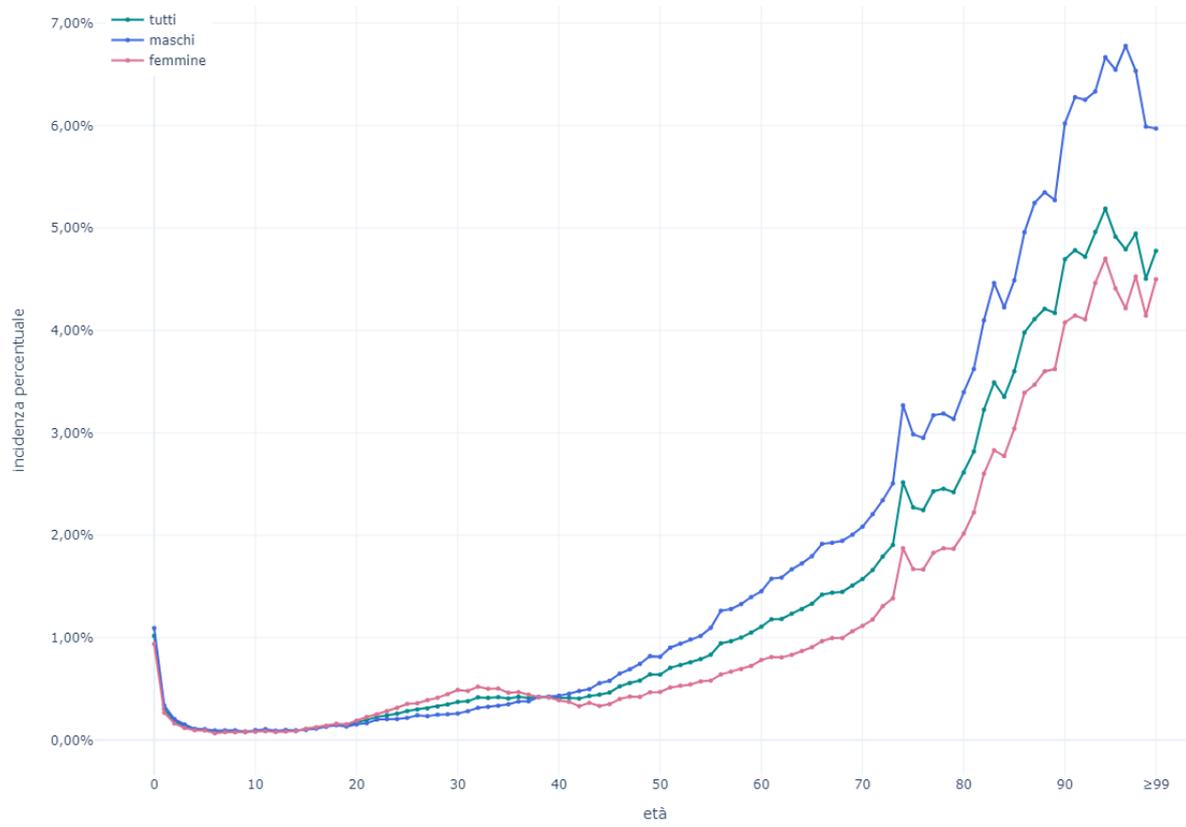


Figura 10. Incidenza di casi di COVID-19 segnalati in Italia per età (Dati ISS elaborati da INFN: <https://covid19.infn.it/iss/>)



Figura 11. Incidenza di ricoveri per COVID-19 in Italia per età (Dati ISS elaborati da INFN: <https://covid19.infn.it/iss/>)



2. DEFINIZIONI

2.1 DEFINIZIONE DI CASO DI COVID-19

Criteri clinici

Presenza di almeno uno dei seguenti sintomi:

- tosse
- febbre
- dispnea
- esordio acuto di anosmia, ageusia o disgeusia

Altri sintomi meno specifici possono includere cefalea, brividi, mialgia, astenia, vomito e/o diarrea.

Criteri radiologici

Quadro radiologico compatibile con COVID-19.

Criteri di laboratorio

1. Rilevamento di acido nucleico di SARS-CoV-2 in un campione clinico

OPPURE

2. Rilevamento dell'antigene SARS-CoV-2 in un campione clinico in contesti e tempi definiti nella sezione dedicata: "Impiego dei test antigenici rapidi" (Circ Min Sal 08.01.2021).

Criteri epidemiologici

Almeno uno dei due seguenti link epidemiologici:

- contatto stretto con un caso confermato COVID-19 nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi; 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 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.
- essere residente/operatore, nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi, in contesti sanitari (ospedalieri o territoriali) e socioassistenziali/sociosanitari quali RSA, lungodegenze, comunità chiuse o semichiuse (ad es. carceri, centri di accoglienza per migranti), in cui vi sia trasmissione di SARS-CoV-2.

2.2 CLASSIFICAZIONE DEI CASI

A. Caso possibile

Una persona che soddisfa i criteri clinici.

B. Caso probabile

Una persona che soddisfa i criteri clinici con un link epidemiologico

OPPURE

Una persona che soddisfa i criteri radiologici

C. Caso confermato

Una persona che soddisfa i criteri di laboratorio

Circ. Min. Sal. 08.01.2021 "Aggiornamento della definizione di caso COVID-19 e strategie di testing"

2.3 DEFINIZIONE DI VOI

Un isolato SARS-CoV-2 è una variante di interesse (Variant of Interest, VOI) se, rispetto ad un isolato di riferimento, il suo genoma presenta mutazioni con implicazioni fenotipiche accertate o sospette, e se:

- È stato identificato come causa di trasmissione comunitaria/multipli casi/cluster COVID-19, o è stato rilevato in più paesi, OPPURE
- È altrimenti valutato come una VOI dall'OMS in consultazione con il gruppo di lavoro OMS sull'evoluzione del virus SARS-CoV-2.

2.4 DEFINIZIONE DI VOC

Le varianti che destano preoccupazione (Variant of Concern, VOC) sono VOI associate a uno o più dei seguenti cambiamenti con rilevanza globale per la salute pubblica:

- Aumento della trasmissibilità o peggioramento nell'epidemiologia del COVID-19, OPPURE
- Aumento della virulenza o cambiamento nella presentazione clinica della malattia, OPPURE
- Diminuzione dell'efficacia delle misure sociali e di salute pubblica o delle diagnosi, dei vaccini e delle terapie disponibili.

2.5 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.

3. CAMPAGNA VACCINALE ANTI SARS COV-2/COVID 19

La campagna vaccinale anti SARS CoV-2/COVID-19, aperta in data 27.12.2020 in tutta Italia con la vaccinazione simbolica in FVG di circa 250 operatori sanitari, è iniziata in FVG in data 30.12.2020 in tutte le Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario regionale.

La Direzione Centrale Salute coordina, per il tramite del referente regionale della Struttura Commissariale, la campagna vaccinale fornendo le indicazioni e le modalità operative e attuative centrali, in modo da garantire uniformità di accesso e gestione.

3.1 OBBLIGO VACCINALE

Il D.L. 1 aprile 2021, n. 44 introduce l'obbligo alla vaccinazione anti Covid 19 per tutti gli esercenti le professioni sanitarie, gli operatori di interesse sanitario, nonché del personale interno che svolge a qualsiasi titolo la propria attività lavorativa nelle strutture autorizzate all'esercizio dell'attività sanitaria.

Il decreto obbliga la vaccinazione ai fini di "mantenere le condizioni di sicurezza nella cura e nell'assistenza" e che la vaccinazione costituisce un «requisito essenziale» all'esercizio della professione.

Il D.L. n. 172/2021 conferma l'obbligo vaccinale per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2 in vigore e stabilisce che dal 15 dicembre 2021 tale obbligo si intende adempiuto con la "somministrazione della dose di richiamo successiva al ciclo vaccinale primario". Alla luce delle attuali indicazioni ministeriali, il professionista per il quale siano trascorsi almeno 120 giorni dal completamento del ciclo vaccinale primario ha l'obbligo di sottoporsi a dose di richiamo, anche se è ancora munito di un Green pass in corso di validità.

Il D.L. n. 24 del 4 marzo 2022 proroga tale obbligo vaccinale fino al 31 dicembre 2022.

La verifica dello stato vaccinale compete agli Ordini professionali che, qualora l'iscritto non risulti vaccinato, anche con riferimento alla dose di richiamo successiva al ciclo primario, devono invitare gli interessati a produrre entro 5 giorni la documentazione comprovante l'effettuazione della vaccinazione o la presentazione della prenotazione per la vaccinazione da eseguirsi entro 20 giorni o la sopravvenienza di infezione da Covid. In caso di inosservanza, gli Ordini professionali adottano un atto di accertamento che determina l'immediata sospensione non retribuita dall'esercizio della professione. La sospensione perdura fino al completamento del ciclo vaccinale primario e, per i professionisti che hanno completato il ciclo primario, fino alla somministrazione della dose di richiamo e comunque non oltre il 31 dicembre 2022. La sospensione termina solo una volta effettuata la vaccinazione o, in caso contrario, al completamento della campagna vaccinale.

Nel caso venga provato un **accertato pericolo per la salute, la vaccinazione può essere rimandata o esclusa.**

La verifica dell'obbligo vaccinale degli operatori non iscritti ad un ordine è competenza del datore di lavoro.

3.2 GREEN PASS

Il D.L. 52/2021 costituisce il testo normativo originario in tema di certificazione verde; testo più volte modificato in base all'andamento della pandemia da COVID-19.

In particolare, il comma 2, articolo 9, dispone che il Greenpass attesti:

- avvenuta vaccinazione anti-SARS-CoV-2
- avvenuta guarigione da COVID-19 da non più di sei mesi;
- effettuazione di test antigenico rapido o molecolare, quest'ultimo anche su campione salivare.

Il D.L. 172/2021 ha introdotto diverse tipologie di certificazioni verdi, valide per diversi utilizzi, che possono variare con l'evolversi della situazione epidemiologica:

- *Green pass* base, ovvero la Certificazione verde COVID-19 per vaccinazione, guarigione, test antigenico rapido o molecolare con risultato negativo;
- *Green pass* rafforzato, ovvero Certificazione verde COVID-19 per vaccinazione o guarigione. Il *green pass* rafforzato non include, quindi, l'effettuazione di un test antigenico rapido o molecolare.

Il green pass non ha limite temporale se è generato dall'assunzione della dose di richiamo del vaccino contro il COVID-19 (successiva al completamento del ciclo primario) ovvero in relazione ad una guarigione successiva al completamento del ciclo primario del vaccino o successiva all'assunzione della dose di richiamo. (D.L. 5/2022). In caso di certificato generato da guarigione dal COVID-19 e per i certificati generati dal completamento del ciclo primario la durata è di 6 mesi (decorrenti, rispettivamente, dalla guarigione o dal completamento del ciclo).

Utilizzo certificazioni verdi

Con la fine dello stato di emergenza, a partire dal 1° aprile 2022, si assiste ad un superamento graduale delle certificazioni verdi.

La certificazione verde base (alternativamente vaccinazione/guarigione/test negativo) sarà sufficiente, per i lavoratori pubblici e privati, per poter accedere al luogo di lavoro. Per i lavoratori over 50 resta l'obbligo del vaccino fino al 15 giugno 2022.

Inoltre, dal 1° aprile al 30 aprile 2022:

- decade l'obbligo dell'uso di certificazione verde per trasporto pubblico locale e regionale (resta per il trasporto a lunga percorrenza), per musei, parchi archeologici, mostre, archivi, biblioteche e altri luoghi della cultura nonché per i servizi di ristorazione (bar o ristoranti) all'aperto. Decade l'obbligo di certificazione verde anche per tutte le strutture ricettive (compresi i bed&breakfast e i relais) e per i negozi di parrucchieri, barbieri e saloni di bellezza. In tutti gli ambienti e i luoghi citati resta obbligatorio l'uso dei dispositivi di protezione;
- continua l'obbligo del c.d. **green pass base** per: mense e catering continuativo su base contrattuale; servizi di ristorazione svolti al banco o al tavolo, al chiuso, da qualsiasi esercizio, ad eccezione dei servizi di ristorazione all'interno di alberghi e di altre strutture ricettive riservati esclusivamente ai clienti ivi alloggiati; concorsi pubblici; corsi di formazione pubblici e privati; colloqui visivi in presenza con i detenuti e gli internati, all'interno degli istituti penitenziari per adulti e minori; partecipazione del pubblico agli spettacoli aperti al pubblico, nonché agli eventi e alle competizioni sportivi, che si svolgono all'aperto
- continua l'uso del c.d. **green pass rafforzato** per accedere a: piscine; palestre; centri benessere; centri culturali e sociali; sale da ballo e discoteche; sale da gioco; spettacoli, eventi e competizioni sportive che si svolgono al chiuso; convegni e congressi.

L'articolo 7, comma 2, del decreto legge n. 24 del 2022 proroga al 31 dicembre 2022 le disposizioni vigenti che regolamentano l'accesso dei visitatori a strutture residenziali, socio assistenziali, socio sanitarie e hospice, nonché ai reparti di degenza delle strutture ospedaliere.

Pertanto, fino al 31 dicembre 2022 ai soggetti provvisti di certificazione verde COVID-19 rilasciata a seguito della somministrazione della dose di richiamo (booster) successiva al ciclo vaccinale primario è consentito l'accesso alle strutture supra citate senza ulteriori condizioni. Ai soggetti provvisti dei certificati verdi COVID-19 rilasciati a seguito del completamento del ciclo vaccinale primario o per avvenuta guarigione da COVID-19 è invece richiesta una certificazione che attesti l'esito negativo del test antigenico rapido o molecolare, eseguito nelle quarantotto ore precedenti l'accesso.

Deroghe al possesso del certificato verde

Il requisito del possesso di certificazione non si applica ai soggetti per i quali un'idonea certificazione medica attesta, sotto il profilo clinico, una controindicazione relativa alla vaccinazione contro il COVID-19.

4. CONTROLLO DELLA DIFFUSIONE DELL'INFEZIONE

Responsabile: Direzione Sanitaria

Si definiscono le misure di prevenzione e controllo dell'infezione, le modalità con le quali viene modificata l'organizzazione per ridurre le probabilità di contagio.

La risposta degli ospedali, nel corso della pandemia da SARS-CoV2, è caratterizzata dalla flessibilità, che garantisce, 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.

4.1 ACCESSI

L'accesso all'Istituto di utenza e operatori è limitato ad un unico varco, identificato nell'ingresso principale della palazzina centrale.

L'accesso all'Istituto è limitato alle persone che ne abbiano titolo.

I termini delle restrizioni sono definiti con il modificarsi della situazione epidemiologica e delle disposizioni regionali o nazionali.

Non è consentito l'accesso all'istituto di **accompagnatori** degli utenti, ad eccezione dei pazienti non autosufficienti, minori o in altri casi a giudizio del medico che ha in cura il paziente.

Inoltre è consentito l'accompagnatore delle utenti in occasione delle ecografie prenatali, previa esibizione di green pass rafforzato o green pass da ciclo vaccinale primario/guarigione/certificato di esenzione più un tampone negativo entro le 48 ore.

Le visite ai degenti sono regolamentate con modalità definite e aggiornate sulla base delle indicazioni ministeriali e dell'andamento dei contagi. Al fine di ridurre la presenza di persone nei reparti i colloqui dei familiari con i medici devono avvenire, per quanto possibile, attraverso videochiamate / telefonate.

In nessun caso è consentito l'accesso dei **visitatori/accompagnatori** sintomatici. Sono possibili deroghe a questa indicazione solo per gli accompagnatori di soggetti minori o non autosufficienti, per i quali non sono possibili altre soluzioni di supporto al paziente.

Non è consentito l'ingresso agli utenti che hanno una temperatura corporea superiore ai 37,5 °C e una sintomatologia suggestiva. Se l'utente con febbre o sintomatologia deve eseguire una prestazione ambulatoriale, l'accesso è consentito solo dopo che il medico di riferimento ha riscontrato l'indifferibilità della prestazione.

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

All'ingresso dell'Istituto è presente un **punto di filtro**, presidiato da personale dedicato che ha il compito di:

- accogliere gli utenti, che devono indossare idonea mascherina e eseguire l'igiene delle mani con soluzione alcolica
- verificare la temperatura corporea, tramite un termoscanner
- valutare le ragioni dell'accesso all'ospedale, limitando l'ingresso alle persone autorizzate
- controllare il green pass, quando richiesto
- informare gli utenti autorizzati dei percorsi individuati all'interno della struttura da utilizzare per raggiungere il servizio di interesse.

In prossimità del Filtro d'ingresso è stata allestita un'ampia sala d'attesa dedicata agli sportelli CUP e agli ambulatori.

4.2 GESTIONE EMERGENZA URGENZA

PRE-TRIAGE

È attiva una funzione di pre-triage, attualmente collocata all'ingresso del Pronto Soccorso Pediatrico, presidiata da un infermiere che individua, fra i pazienti che si presentano in Istituto per motivi urgenti, i casi sospetti di infezione da Sars CoV 2, indirizzandoli al triage di Pronto Soccorso (PS) pediatrico o all'accettazione

ostetrico ginecologica, alle aree di attesa o trattamento, identificate sulla base di quanto definito da specifiche procedure.

PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO E PEDIATRIA D'URGENZA

L'organizzazione del PS pediatrico già nella prima fase della pandemia è stata rivista per attuare la separazione dei percorsi dei pazienti: identificazione di aree di triage, di attesa e di ambulatori distinti per la valutazione pazienti con Covid sospetto o accertato e pazienti con patologia non sospetta Covid.

In Pediatria d'urgenza sono state realizzate **3 stanze di isolamento con pressione negativa** per il ricovero di pazienti Covid.

Il PS è stato separato dall'area dell'Osservazione Breve Intensiva/degenza ed è stata realizzata una camera calda attigua. Sono state realizzate un'area pre-triage e aree di attese e ambulatori dedicati alla gestione dei pazienti con Covid sospetta o accertata, con percorsi che separano pazienti Covid da pazienti non Covid.

ACCETTAZIONE OSTETRICO GINECOLOGICA

All'Accettazione ostetrico ginecologica si accede dopo il pre-triage.

La paziente che viene identificata come sospetta attraverso una scheda di screening clinico-anamnestica, viene raggiunta da un operatore dell'ostetricia-ginecologia attivato dal pre-triage, che esegue la *prima* valutazione e il tampone per la ricerca del Sars CoV 2 presso i locali del PS pediatrico o l'ambulatorio dedicato alle pazienti sospette localizzato al 2° piano (ambulatorio GAR).

Dopo la prima valutazione, la paziente con Covid accertata viene accompagnata, utilizzando percorsi dedicati, all'ambulatorio presente all'interno dell'area Covid realizzata al 4° piano nelle degenze dell'Ostetricia.

Adeguamenti strutturali in esecuzione o programmati

È in corso di allestimento un locale di attesa/ambulatorio dove saranno eseguiti i tamponi delle pazienti ostetrico ginecologiche sospette, dopo il pre-triage e prima dell'accesso alla struttura.

4.3 GESTIONE AMBULATORIALE

Nella prima fase della pandemia, a seguito di disposizioni nazionale e regionali, l'attività ambulatoriale è stata significativamente ridotta, con possibilità di erogare solo prestazioni di primo accesso con priorità U e B e prestazioni di controllo individuate come non differibili dallo specialista di riferimento.

La graduale ripresa dell'attività è avvenuta attraverso una nuova programmazione dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali, finalizzata al rispetto del necessario distanziamento fra le persone, in particolare presso le sale di attesa, ad es. limitando il numero di ambulatori contemporaneamente attivi, estendendo l'orario di apertura degli ambulatori o riducendo il numero di prestazioni/ora.

La nuova programmazione ha tenuto conto anche di momenti di sospensione delle attività necessari alla sanificazione/disinfezione di ambienti e dispositivi.

Attualmente l'attività è ritornata ad essere nuovamente a regime.

In caso di prestazioni che prevedono manovre a maggior rischio di esposizione (produzione di aerosol, lunga durata e permanenza in struttura per osservazione) l'accesso è possibile solo con evidenza di un tampone negativo eseguito nelle 48 ore precedenti. È, inoltre, suggerita l'esecuzione di un approfondimento delle caratteristiche cliniche e epidemiologiche del paziente da parte dello specialista di riferimento, prima dell'erogazione della prestazione.

Televisite

Il monitoraggio di pazienti con patologie croniche o le prestazioni di follow up possono essere erogate a distanza con modalità di tele visita.

Le modalità operative di erogazione delle prestazioni ambulatoriali in regime di tele visita 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.

La sola modalità prevista per l'erogazione della televisita è la videochiamata, non è consentita la semplice telefonata. Lo strumento software individuato allo scopo è il sistema Lifesize, che risponde ai requisiti di sicurezza necessari.

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 soggette alle condizioni e alle tariffe previste dal nomenclatore tariffario regionale in vigore, beneficiano degli stessi codici di esenzione delle visite normali e sono erogate previa prescrizione con ricetta dematerializzata.

È 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 devono essere contattati dalla struttura di riferimento per via telefonica, al fine di raccogliere la disponibilità ad effettuare la televisita e di valutare la possibilità e la capacità di utilizzo dei necessari strumenti tecnologici.

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.

Per evitare ulteriori accessi degli utenti all'Istituto, il referto redatto è disponibile al paziente direttamente tramite FSE (portale SESAMO).

4.4 GESTIONE DEI RICOVERI

Il dimensionamento delle aree di ricovero destinate ai pazienti Covid-19 positivi è stato definito sulla base di quanto accaduto nella prima fase pandemica e sui dati di letteratura relativi al ricovero di pazienti pediatrici e ostetrico ginecologiche.

Tutti i pazienti che devono eseguire un ricovero ordinario, urgente o programmato, e di Day Surgery sono sottoposti a tampone per la ricerca del Sars CoV 2 nelle 48-72 ore precedenti l'accettazione. Per i ricoveri in Day Hospital, la preventiva esecuzione del tampone è disposta dal medico di riferimento sulla base di tipologia e durata della prestazione e della permanenza del paziente nella struttura.

Se il tampone risulta positivo, il ricovero programmato viene rinviato; in caso di ricovero urgente, si procede all'assegnazione del paziente Covid-19 positivo al reparto di pertinenza, utilizzando gli spazi così come di seguito specificato.

SCENARIO 1

Lo scenario 1 è caratterizzato da una ripresa dei contagi tale da determinare un aumento del numero di ricoveri, che nella fase di stabilità si sono di fatto azzerati.

Prevede l'utilizzo delle aree Covid che sono state individuate e predisposte nella fase di stabilità.

1.1 Ricoveri in degenza ordinaria

a. Pazienti pediatrici

- 3 stanze singole con isolamento a pressione negativa, presso la SC Pediatria d'Urgenza e PS Pediatrico
- 1 stanza con 4 posti letto, presso la SC Pediatria d'Urgenza e PS Pediatrico (attualmente dedicata ad OBI) (isolamento di coorte)
- 1 stanza singola, con servizi igienici e filtro, presso la Clinica Pediatrica (stanza 10)
- 1 stanza, per un totale di 3 posti letto, con servizi igienici e filtro, presso la Day Surgery del DPT Chirurgico (stanza 12) (isolamento di coorte).

Per consentire l'utilizzo ad area Covid del locale OBI, l'attività di OBI è trasferita presso la Clinica Pediatrica, dove sono individuate 2 stanze di degenza da dedicare all'osservazione intensiva di bambini inviati dal PS.

b. Pazienti ostetriche e ginecologiche:

Un'area di degenza dedicata alle pazienti Covid-19 è stata individuata all'interno del reparto di Ostetricia, con 4 stanze di degenza, di cui 2 singole e 2 triple (isolamento di coorte), per un totale di 8 posti letto, e una quinta stanza che è dedicata ad ambulatorio per la valutazione di pazienti Covid positive. In caso di necessità il locale dedicato ad ambulatorio può essere convertito a degenza, con 2 ulteriori posti letto.

A delimitare questa area, è stata collocata una nuova porta che separa i locali Covid da quelli non Covid e realizzata una zona filtro con installazione di un'unità di decontaminazione in uscita. L'area è dotata di estrattori d'aria.

1.2 Ricoveri in Terapia intensiva

La Terapia intensiva dispone di 6 posti letto, di cui 1 in stanza singola con isolamento, da dedicare al paziente Covid positivo, 3 in area comune adiacente al locale di isolamento e 2 realizzati in locale attiguo (ex locale risveglio).

SCENARIO 2

Lo scenario 2 viene attivato dalla Direzione Sanitaria, in collaborazione con i Direttori di Dipartimento e i Responsabili delle Piattaforme, verificata la necessità di ulteriori spazi da destinare al ricovero di pazienti Covid-19 positivi.

2.1 Ricoveri in degenza ordinaria

Nello Scenario 2 all'assistenza dei pazienti positivi/sospetti Covid-19 **sono assegnati gli spazi della Degenza chirurgica**, per ulteriori 8 posti letto.

Per rendere disponibili queste stanze, deve essere prevista una riduzione dell'attività di ricovero..

2.2 Ricoveri in Terapia intensiva

I 4 posti letto della Terapia intensiva sono dedicati al paziente Covid (1 posto isolato e 3 posti con isolamento di coorte).

I pazienti non Covid-19 sono accolti nei 2 posti letto già realizzati nel locale risveglio. In caso di ulteriori necessità ulteriori 2 posti letto possono essere allestiti nella **stanza dedicata ad accoglienza**.

Per l'attivazione di questi posti letto è richiesta la sospensione dell'attività del blocco operatorio, in misura proporzionale al numero di letti attivati.

4.5 PERCORSI EXTRAOSPEDALIERI

AREA OSTETRICO GINECOLOGICA

In base ad un accordo con l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), l'Istituto risulta la struttura di riferimento per la gestione delle donne gravide Covid positive di tutta l'area giuliano isontina.

Secondo lo stesso accordo si prevede anche la possibilità che, per affrontare situazioni di sofferenza della SC Clinica Ostetrico ginecologica, la SC Ostetricia e ginecologia del PO di Monfalcone accolga pazienti Covid negative che devono essere sottoposte a intervento chirurgico programmato non rinviabile. La tipologia delle pazienti alle quali proporre il ricovero presso SC Ostetricia e ginecologia del PO di Monfalcone ed il relativo setting è definito da specifica intesa fra i Direttori delle 2 strutture.

AREA PEDIATRICA

L'Istituto risulta la struttura regionale di riferimento per il ricovero in Terapia intensiva di pazienti Covid positivi in età pediatrica.

Su disposizione regionale, presso l'Istituto sono accolti anche i bambini Covid positivi della regione che necessitano di ricovero ordinario. Il ricovero deve essere preceduto da un contatto fra i Direttori di Struttura del Burlo e del Centro inviante e deve essere disposto sulla base di criteri clinico-assistenziali definiti e condivisi.

4.6 SCUOLA IN OSPEDALE

Per consentire la continuità degli studi anche in una situazione come quella pandemica, è stato definito un protocollo di intesa per la ripresa in sicurezza delle attività della scuola in ospedale.

4.7 MEDIAZIONE CULTURALE

Per ridurre le occasioni di contatto, in fase di ripresa dei contagi, l'attività di mediazione culturale deve avvalersi prioritariamente della modalità per via telefonica.

5. GESTIONE DEI CASI SOSPETTI E CONFERMATI COVID-19

Responsabile: Direzione Sanitaria

Si definiscono i percorsi interni e le modalità di ricovero per i pazienti sospetti e confermati per Covid-19.

L'individuazione precoce dei casi, attraverso la valutazione clinica ed epidemiologica, e la successiva conferma della diagnosi con test molecolare sono i migliori strumenti, insieme al rigoroso rispetto delle misure di prevenzione e protezione individuali, per la protezione di utenti ed operatori.

5.1 AREE DEDICATE A PAZIENTI CON COVID-19 E RELATIVE FUNZIONI

5.2 AREE DEDICATE A COVID-19	5.3 FUNZIONI E ATTIVITA'
Container	1) Esecuzione dei tamponi di sorveglianza sanitaria e di preparazione al ricovero.
PS pediatrico	Triage, attesa e valutazione dei casi sospetti di Covid-19 pediatrici. Esecuzione dei test antigenici rapidi su pazienti sospette per Covid-19 dell'accettazione ostetrico-ginecologica.
Pediatria d'Urgenza	Degenza di pazienti sospetti e confermati di Covid-19 pediatrici.
Degenze chirurgiche	Degenza dedicata a pazienti pediatrici positivi per Covid-19. Si raggiunge con l'ascensore C, il reparto avvisa prontamente gli addetti (808) per la sanificazione dell'ascensore utilizzato dopo il trasporto di un paziente sospetto o confermato per Covid-19.
Clinica Pediatrica (stanza 10 - 3° piano)	Degenza dedicata a pazienti pediatrici positivi per Covid-19. Si raggiunge con l'ascensore B, il reparto avvisa prontamente gli addetti (808) per la sanificazione dell'ascensore utilizzato dopo il trasporto di un paziente sospetto o confermato per Covid-19.
Area Degenza Ostetrica (4° piano)	Degenza dedicata a pazienti ostetriche e ginecologiche positive per Covid-19. Ambulatorio dedicato a pazienti positive per Covid-19. Si raggiunge con l'ascensore B, il reparto avvisa prontamente gli addetti (808) per la sanificazione dell'ascensore utilizzato dopo il trasporto di un paziente sospetto o confermato per Covid-19.
Blocco operatorio	Il braccio del blocco operatorio ginecologia-ortopedia viene destinato a Sale Operatorie Covid-19 Ready . Queste sale operatorie vengono utilizzate come di routine, ma vengono liberate ed utilizzate per pazienti Covid-19 sospetti o positivi al bisogno. Il blocco Covid-19 Ready inizia dalla porta antistante la scala A. In caso una o tutte le sale Covid-19 Ready siano occupate, e si renda necessario un intervento emergente o urgente non differibile per paziente Covid-19 positivo o sospetto, la coordinatrice individua un'altra sala operatoria in urgenza con la conseguente sanificazione delle parti comuni coinvolte. In blocco operatorio deve essere sempre lasciata una sala operatoria libera per eventuali procedure emergenti o urgenti non differibili della Sala Parto, nel caso in cui ci sia già in corso una procedura che occupa la sala operatoria del blocco parto. La procedura e gli operatori coinvolti sono stabiliti da preesistenti protocolli di utilizzo del blocco operatorio per esigenze di sala parto. La sala operatoria viene stabilita al momento, anche in base alle esigenze infettivologiche.
Blocco parto	La sala cesarei piccola e la sala travaglio adiacente (stanze 1-2) vengono destinate a gravide Covid-19 positive o sospette. La porta scorrevole tra le stanze indicate e il blocco parto viene utilizzata per l'ingresso del paziente. Le stanze sono accessibili dal personale attraverso il corridoio abitualmente utilizzato per trasporto merci. Si identificano modalità dedicate di comunicazione tra interno sala e blocco parto per richieste (esami o sangue).

Ambulatorio GAR (sospetti)	Questo spazio viene utilizzato, secondo necessità, per la prestazione ambulatoriale non differibile su pazienti sospette, in assenza o in attesa di tampone. Esecuzione dei test antigenici rapidi e molecolari su pazienti sospette per Covid-19 dell'accettazione ostetrico-ginecologica. Si raggiunge con l'ascensore B.
----------------------------	---

Qualora il percorso del paziente Covid-19 confermato o sospetto preveda di attraversare spazi in cui si svolgono attività sanitarie "pulite" (es. passaggio al 1 piano da ascensore B verso la sala parto dedicata), viene avvertito il personale del servizio prima del passaggio del paziente, affinché provveda a liberare il corridoio da personale e pazienti.

5.2 PERCORSI CON PARTENZA DAL FILTRO

Percorsi con partenza dal filtro, Porta B (Ingresso Principale), dedicati a pazienti senza neanche uno dei seguenti sintomi SUGGERITI PER Covid-19:

- Febbre $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ (TC misurata dagli operatori del filtro);
- Sintomi respiratori (tosse, dispnea);
- Diarrea;
- Anosmia e ageusia.

NB. Gli utenti individuati dal filtro con i segni e sintomi sopra elencati vengono invitati ad uscire dalla struttura ed a contattare il servizio di destinazione per prendere ulteriori accordi.

Possono accedere all'Istituto gli utenti che, pur in presenza dei sintomi sopra elencati, debbano ricevere una prestazione non differibile concordata in precedenza con il servizio.

Il servizio avrà premura di fornire all'utente prova di tali accordi da presentare al filtro (SMS, email,...).

In caso di sintomi rilevati (temperatura corporea $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) dall'operatore del filtro o riportati dall'utente, si contatta il servizio di destinazione per valutare se rimandare la prestazione o eseguirla con le relative misure di prevenzione.

Paziente pediatrico diretto a PS	
Percorso 1	Il PS è raggiungibile direttamente dall'esterno tramite un percorso dedicato e adeguatamente segnalato.
Paziente pediatrico onco-ematologico	
Percorso 2	Il filtro, esclusa la presenza di sintomi sospetti per Covid-19, indirizza il paziente verso l' ascensore D .
Paziente pediatrico ambulatoriale	
Percorso 3	Il filtro, esclusa la presenza di sintomi sospetti per Covid-19, indirizza il paziente verso il piano di competenza, utilizzando l' ascensore C o A (NPI) o verso la palazzina ambulatori .
Paziente ostetrico-ginecologica diretta ad accettazione	
Percorso 1	L'accesso avviene attraverso il percorso del PS pediatrico. Il PS è raggiungibile direttamente dall'esterno tramite un percorso dedicato e adeguatamente segnalato.
Accompagnatore/ caregiver del minore verso degenze non Covid-19	
Percorso 3	Il filtro, esclusa la presenza di sintomi sospetti per Covid-19, indirizza l'accompagnatore verso l' ascensore B (degenze pediatriche) o C (degenze chirurgiche) . In caso di sintomi, l'accompagnatore è invitato ad uscire dalla struttura e, se è possibile, a farsi sostituire da altro accompagnatore.
Paziente gineco-ostetrica ambulatoriale	
Percorso 4	Il filtro, esclusa la presenza di sintomi sospetti per Covid-19, indirizza il paziente verso il piano di competenza, utilizzando l'ascensore B o verso la palazzina ambulatori.
Paziente gineco-ostetrica diretta ai reparti di ricovero	

Percorso 5	Il filtro, esclusa la presenza di sintomi sospetti per Covid-19, indirizza il paziente verso il IV piano, utilizzando l'ascensore B (dh/ds ginecologico), C (degenze ostetriche) o D (degenze ginecologiche).
-------------------	---

5.3 ORGANIZZAZIONE E RESPONSABILITÀ DEL PRE-TRIAGE.

Il pre-triage individua i casi sospetti e contatta gli operatori sanitari della struttura di destinazione per avviare il percorso assistenziale dedicato a pazienti sospetti di Covid-19.

Nei casi di pertinenza ostetrica o ginecologica viene utilizzata una scheda predisposta per individuare i casi sospetti. In questo caso, l'operatore del pre-triage contatta l'operatore dell'accettazione ostetrico-ginecologica su numero telefonico dedicato (307 o 211). La scheda "Primo contatto" riporta dati anagrafici della paziente, motivo e data/ora dell'accesso e nome dell'operatore contattato dal pre-triage.

L'organizzazione del pre-triage segue la seguente matrice delle responsabilità:

Attività	Infermiere pre-triage	Ostetrica Accettazione Ostetrico-Ginecologica
Pre-triage	R	
Contatto telefonico con Accettazione Ost-gin	R	
Trasporto		R
Esecuzione Tampone		R
Attesa Tampone		R

Tabella 1: Matrice delle responsabilità del pre-triage

5.4 PERCORSI DEDICATI A PAZIENTI COVID-19 SOSPETTI E CONFERMATI - PAZIENTE PEDIATRICO

Paziente pediatrico sospetto	
Pre-Triage (ingresso pedonale PS pediatrico)	L'operatore indossa i DPI previsti dal documento "INFORMATIVA SULLE MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE DA ADOTTARSI PER INFEZIONE DA SARS COV-2". Il pre-triage fa indossare maschera chirurgica idonea al paziente sospetto. Il pre-triage esegue la valutazione "a colpo d'occhio" (PAT triangolo di valutazione pediatrica) e comunica agli operatori del PS la valutazione.
Triage	Il paziente sospetto (o già confermato) Covid-19 viene accompagnato nella stanza Triage Covid-19 dedicata. Sulla base dell'esito della valutazione sono possibili i seguenti percorsi:
Scenario A	Paziente che non necessita di assistenza intensiva urgente L'operatore accompagna il paziente e l'accompagnatore in uno degli ambulatori per sospetti COVID dove attende la valutazione medica alla fine della quale potrà essere dimesso (previa esecuzione del tampone molecolare per virus respiratori). In caso di codice Giallo l'operatore rimane con il paziente nell'area Triage Covid-19 dedicata. In caso di accesso contemporaneo di altri pazienti sospetti Covid-19 il secondo paziente viene accolto nell'ambulatorio dedicato ai sospetti COVID; gli eventuali altri pazienti sono ospitati nella sala d'aspetto dedicata ai casi sospetti e visitati

	<p>appena disponibile un ambulatorio per sospetti (compatibilmente con la restante attività di PS), in modo da ridurre al minimo la permanenza nella sala d'aspetto sospetti di più di un paziente.</p> <p>Il paziente non dimissibile viene trattenuto in OBI o in ricovero in una delle stanze di isolamento della Pediatria d'Urgenza.</p>
Scenario B	<p>Paziente che necessita di assistenza intensiva urgente</p> <p>In assenza di anamnesi e/o esame obiettivo che permetta di escludere il caso sospetto di Covid-19, il paziente viene considerato caso sospetto.</p> <p>Gli operatori di PS iniziano la valutazione e l'assistenza del paziente nella shock room. Si contatta il personale di Anestesia e Rianimazione il prima possibile e si esegue il tampone (se possibile).</p> <p>Il personale che assiste il caso sospetto indossa DPI previsti dal documento "INFORMATIVA SULLE MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE DA ADOTTARSI PER INFEZIONE DA SARS COV-2".</p> <p>Si prepara il paziente per il trasferimento e il personale di Anestesia e Rianimazione lo accompagna in reparto attraverso l'ascensore B, che verrà prontamente sanificato dopo il trasporto previa attivazione degli addetti (808).</p>
Scenario C	<p>Paziente Onco-Ematologico con sintomi da Covid-19</p> <p>Nel caso in cui la struttura di Onco-Ematologia avvisi il PS dell'arrivo di un paziente onco-ematologico sintomatico, il PS prende gli accorgimenti del caso per far sostare il minor tempo possibile il paziente in aree di attesa.</p> <p>L'area dedicata per la gestione di questa tipologia di paziente, in attesa dell'esito del tampone, è una delle stanze singole della Pediatria d'Urgenza.</p> <p>Il paziente onco-ematologico NON DEVE essere accompagnato nelle aree Covid-19 dedicate tranne che in caso di positività del tampone e dopo valutazione condivisa con la SC Oncoematologia.</p>

Paziente pediatrico Covid-19 confermato, trasferito da altra struttura	
<p>La struttura inviante deve provvedere anche all'esecuzione del tampone dell'eventuale accompagnatore.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Paziente non intensivo: la struttura di destinazione (Pediatria d'Urgenza, Clinica Pediatrica o Dipartimento Chirurgico) prende accordi con la struttura inviante. 2. Paziente intensivo: il medico di guardia della Terapia intensiva e rianimazione viene avvisato dalla struttura inviante. <p>All'arrivo del trasporto in Camera Calda, gli operatori vengono avvisati tramite chiamata dal servizio ambulanza.</p>	
Scenario D	<p>Il personale del 112 accompagna il paziente nell'area definita a priori attraverso accordi telefonici con la struttura di presa in carico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verso il Dipartimento di Chirurgia utilizzando l'ascensore C. • Verso la Terapia Intensiva o la SCU Clinica Pediatrica utilizzando l'ascensore B. <p>Il reparto che accoglie il paziente avvisa gli addetti (808) per la sanificazione dell'ascensore utilizzato.</p>

5.5 PERCORSI DEDICATI A PAZIENTI COVID-19 SOSPETTI E CONFERMATI - NEONATO, PAZIENTE OSTETRICA E GINECOLOGICA

I PERCORSI DELLE PAZIENTI OSTETRICHE E DEI NEONATI SONO DESCRITTI NEL PDTA ISTITUZIONALE COVID-19 IN GRAVIDANZA, GIÀ DISTRIBUITO A TUTTI I PORTATORI DI INTERESSE.

Paziente neonato Covid-19, confermato o sospetto, trasferito da altra struttura.	
SCENARIO E	<p>Gli operatori Burlo che hanno effettuato il trasporto neonatale tolgono i DPI utilizzati durante il trasporto e li depositano negli appositi spazi, sanificano la culla,</p>

	indossano nuovi DPI e raggiungono la TIN attraverso l'ascensore D. L'ascensore verrà sanificato previo avviso degli operatori (808).
--	--

Paziente ginecologica che si presenta con mezzi propri	
<p>Pre-triage: Il pre-triage fa indossare idonea maschera chirurgica alla paziente sospetta. Il pre-triage segue la procedura descritta in Sezione 4. L'accettazione ginecologica-ostetrica, avvisata dal pre-triage, invia in PS pediatrico un operatore per la valutazione breve e l'esecuzione del test antigenico. L'esecuzione dei prelievi per il test antigenico e molecolare ha luogo negli ambulatori dedicati ai pazienti sospetti del PS pediatrico o nell'ambulatorio GAR al primo piano, in funzione del carico di lavoro delle strutture.</p>	
Scenario F	<p>Paziente sospetta che richiede visita approfondita o ulteriori accertamenti in assenza di risultato del test antigenico o molecolare. Si accompagna la paziente presso l'ambulatorio GAR, utilizzando l'ascensore B, dove si presta assistenza. Durante la prima valutazione si esegue anche il prelievo per l'esecuzione del test antigenico e molecolare. Con il risultato del tampone si valuta se trasferire la paziente nelle stanze dedicate ai pazienti confermati al 4° piano o negli spazi ordinari.</p>
Scenario G	<p>Paziente che richiede visita approfondita o ulteriori accertamenti non differibili con test antigenico positivo. Si accompagna la paziente presso l'ambulatorio dedicato alle pazienti Covid-19 in 4° piano, utilizzando l'ascensore B, dove si presta assistenza. Durante la prima valutazione si esegue anche il prelievo per l'esecuzione del test molecolare.</p>

Paziente ostetrica sospetta Covid-19 che si presenta con mezzi propri	
<p>Pre-Triage: Il pre-triage fa indossare idonea maschera chirurgica alla paziente sospetta. Il pre-triage segue la procedura descritta al punto 4.3. L'accettazione ostetrico-ginecologica, avvisata dal pre-triage, invia in PS pediatrico un operatore per la valutazione breve e l'esecuzione del test antigenico. L'esecuzione dei prelievi per i test antigenico e molecolare ha luogo negli ambulatori dedicati ai pazienti sospetti del PS pediatrico o nell'ambulatorio GAR al primo piano, in funzione del carico di lavoro delle strutture.</p>	
Scenario H	<p>Paziente dimissibile previa valutazione Si accompagna la paziente presso l'ambulatorio GAR, utilizzando l'ascensore B, dove si presta assistenza. <u>Prima della dimissione deve essere eseguito il prelievo rinofaringeo per il test molecolare.</u> In caso di tampone positivo il Dipartimento Materno Neonatale definirà con le strutture territoriali ed eventualmente con il Dipartimento di Prevenzione le modalità di presa in carico per le visite ostetriche.</p>
Scenario I	<p>Paziente sintomatica per Covid-19 che necessita di monitoraggio o ricovero Si accompagna la paziente presso l'ambulatorio GAR, utilizzando l'ascensore B, dove si presta assistenza. Con il risultato del test antigenico si valuta se trasferire la paziente nelle stanze dedicate al 4° piano ai pazienti confermati o negli spazi ordinari. Durante la prima valutazione si esegue anche il prelievo per l'esecuzione del test molecolare.</p>
Scenario J	<p>Paziente sintomatica per Covid-19 in travaglio Si esegue il tampone antigenico e molecolare (compatibilmente con il quadro clinico il prima possibile) e si accompagna la paziente alla sala travaglio dedicata a Covid-19 confermate e sospette. Il percorso prevede ascensore B e accesso alla sala travaglio dal corridoio di servizio, ambienti che verranno prontamente sanificati previo avviso degli addetti. N.B.: In assenza di anamnesi e/o esame obiettivo che permetta di escludere il caso sospetto di Covid-19, la paziente viene considerata caso sospetto.</p>

Paziente ostetrico-ginecologica sospetta Covid-19 accompagnata da SORES
--

In caso di barriere linguistiche o di quadri clinici che non permettano di raccogliere informazioni anamnestiche, si tratta la paziente come caso sospetto. Il personale del 112 attende la presa in carico della paziente da parte del personale dell'Accettazione ostetrico-ginecologica presso la camera calda.	
Scenario K	In presenza di barriere linguistiche si attiva il prima possibile la mediazione culturale telefonica. Compatibilmente con il quadro clinico verranno eseguiti il tampone rapido e molecolare durante la prima valutazione. Per il proseguo si vedano i percorsi F-J

Paziente ostetrico-ginecologica Covid-19 confermata, trasferita da altra struttura	
Il reparto Covid-19 viene avvisato del trasferimento dal medico di guardia della Ostetricia o Ginecologia. All'arrivo del trasporto in Camera Calda gli operatori vengono avvisati tramite chiamata dal servizio ambulanza.	
Scenario L	Il personale del trasporto accompagna la paziente nelle stanze di degenza dedicate alle pazienti Covid-19 al 4° piano, utilizzando ESCLUSIVAMENTE l'ascensore B.

Prestazioni di ecografia e di diagnosi prenatale non differibili in pazienti con Covid-19 sospetta o confermata	
Scenario M	Paziente sintomatica sospetta La paziente viene accompagnata nell' ambulatorio GAR utilizzando ESCLUSIVAMENTE l'ascensore B. La prestazione sarà eseguita utilizzando l'ecografo in uso presso l'ambulatorio o altro ecografo a seconda delle necessità (Vedi documento "Prevenzione e protezione durante l'esame ecografico nel contesto di Covid-19 e gestione delle prestazioni di diagnosi prenatale non differibili nelle pazienti Covid-19 sospette o accertate").
Scenario N	Paziente Covid-19 confermata La paziente viene accompagnata nell' ambulatorio dedicato alle pazienti confermate Covid-19 al 4° piano , utilizzando ESCLUSIVAMENTE l'ascensore B. La prestazione sarà eseguita utilizzando l'ecografo in uso presso l'ambulatorio o altro ecografo a seconda delle necessità (Vedi documento "Prevenzione e protezione durante l'esame ecografico nel contesto di Covid-19 e gestione delle prestazioni di diagnosi prenatale non differibili nelle pazienti Covid-19 sospette o accertate").

5.6 GESTIONE DELL'AREA COVID-19

Tipologie di Aree Covid-19	Nell'Istituto sono previste due tipologie di Aree Covid-19, in funzione della tipologia di isolamento attuato: <ul style="list-style-type: none"> - Isolamento su stanza singola (Pediatria d'Urgenza, stanza 10 Clinica Pediatrica, stanza 2012 Day Surgery Dipartimento Chirurgico) Le stanze sono dotate di bagno dedicato e filtro di accesso. Gli operatori eseguono la vestizione con i DPI adeguati prima di entrare nella stanza del paziente e si svestono al momento dell'uscita, nella zona filtro. Queste strutture possono avere nelle stanze adiacenti pazienti non Covid-19 pertanto è importante evitare qualunque contaminazione degli spazi comuni. - Isolamento di coorte (Area Ostetrica e Ginecologica Covid-19 dedicata) In queste aree, conseguentemente all'assenza di stanze con filtro e/o bagno dedicato, anche gli spazi comuni sono a rischio contaminazione. Queste aree sono dedicate esclusivamente a pazienti Covid-19.
Materiale necessario	Ogni stanza dovrà disporre di: <ul style="list-style-type: none"> - Gel idroalcolico. - Guanti monouso non sterili. - Sfigmomanometro. - Sensore saturimetro. - Penne per la compilazione di FUT e cartella. Questo è di fondamentale importanza nelle stanze dedicate ai casi sospetti.

	<p>Le stanze dell'Area Ostetrica e Ginecologica dispongono di cardiocotografo dedicato.</p> <p>Saranno disponibili saturimetri portatili e monitor multiparametrici che verranno utilizzati e successivamente risanati tra un accesso e l'altro.</p>
QUANDO È NECESSARIA LA FFP2 O FFP3	Vedi sezioni specifiche del documento "INFORMATIVA SULLE MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE DA ADOTTARSI PER INFEZIONE DA SARS COV-2"
Pratiche assistenziali nelle degenze Covid-19	<p>È fondamentale pianificare e raggruppare le attività assistenziali per ridurre al minimo il numero di ingressi nella stanza.</p> <p>Va garantita la presenza di un operatore "di giro" disponibile per eventuali necessità.</p> <p>- Isolamento su stanza singola: L'operatore indossa i DPI previsti da documento "INFORMATIVA SULLE MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE DA ADOTTARSI PER INFEZIONE DA SARS COV-2" ed entra nella stanza del paziente. Conclusa l'assistenza l'operatore esegue svestizione nel filtro.</p> <p>- Isolamento di coorte: L'assistenza delle aree con isolamento di coorte seguono le seguenti misure: L'operatore indossa i DPI previsti da documento "INFORMATIVA SULLE MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE DA ADOTTARSI PER INFEZIONE DA SARS COV-2" ed entra nella stanza del paziente. Tra ogni paziente l'operatore elimina il paio di guanti ESTERNO, esegue l'igiene delle mani con gel sopra al guanto rimanente e indossa un nuovo paio di guanti ESTERNI. Concluso il giro, l'operatore, prima di lasciare l'area, si sveste nel filtro (nell'ordine camice monouso e primo paio di guanti, <u>esegue igiene delle mani dopo aver eliminato il primo paio di guanti</u>, cuffia, maschera e secondo paio di guanti), si lava infine le mani e indossa una nuova mascherina chirurgica e lascia l'area.</p>
Chiamata da parte del paziente.	<p>L'operatore, con maschera chirurgica, camice monouso semplice e guanti, si reca sulla porta e valuta a distanza la richiesta del paziente.</p> <p>Se necessario entrare: indossa DPI come da documento "INFORMATIVA SULLE MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE DA ADOTTARSI PER INFEZIONE DA SARS COV-2". Al termine dell'assistenza esegue svestizione, igiene delle mani e vestizione (maschera chirurgica e guanti).</p> <p>N.B.: In caso di richieste risolvibili a distanza (es: consegna bottiglia d'acqua, si appoggia il contenuto su una reniforme monouso) non sono necessari i DPI previsti per la visita.</p>
Somministrazione pasti	Nelle aree dedicate all'accoglienza di pazienti Covid-19 positivi o sospetti si utilizzano solo pasti confezionati in monoporzioni in contenitori monouso consegnati da operatori sanitari con maschera chirurgica, guanti e camice monouso semplice.
Pulizie degli ambienti	La pulizia degli ambienti deve iniziare dalle stanze dei casi sospetti. Il personale addetto indossa DPI da documento "INFORMATIVA SULLE MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE DA ADOTTARSI PER INFEZIONE DA SARS COV-2".

5.7 PAZIENTE CHIRURGICO SOSPETTO O CONFERMATO DA TRASFERIRE IN SALA OPERATORIA DAI REPARTI COVID-19

<p>Il blocco operatorio viene contattato preventivamente al fine di appurare la disponibilità delle sale operatorie e per mettere in atto le operatività del caso.</p> <p>Paziente che necessita trasferimento nel blocco operatorio</p> <p>Il personale del blocco operatorio valuta la disponibilità delle sale operatorie individuate come Covid-19 Ready, predisporre e libera gli spazi da altri pazienti e personale non coinvolto nel caso sospetto o confermato.</p> <p>Il blocco operatorio avvisa tramite telefonata per avviare il trasporto del paziente.</p> <p>Gli operatori coinvolti preparano gli spazi ed indossano i DPI necessari prima di accogliere il paziente.</p>

La vestizione avviene negli spazi Covid-19 free.

La svestizione avviene all'interno delle sale Covid-19 Ready prima di uscire, restando con i guanti che poi andranno eliminati come da protocollo.

Il personale della sala operatoria allertato apre le porte per il passaggio del paziente e libera corridoi e spazi comuni da personale e pazienti nell'area del blocco operatorio.

Il personale del reparto Covid-19 appura che siano liberi gli spazi fino all'ascensore B prima di trasferire il paziente.

Il paziente viene trasferito (con DPI e modalità stabilite dal protocollo trasferimento) attraverso il corridoio del secondo piano verso l'ascensore B fino all'ingresso del blocco operatorio, poi attraverso il corridoio comune esterno alla Rianimazione fino all'ingresso delle sale operatorie antistante l'ascensore A e quindi all'interno del blocco operatorio Covid-19 Ready oltre la scala A.

Dopo che il paziente è entrato nel blocco Covid-19, le aree comuni in cui è transitato non possono essere utilizzate fino a completa sanificazione (corridoi, porte, spazi di attesa ecc...).

5.8 GESTIONE DEI PAZIENTI COVID-19 CONFERMATI E SOSPETTI IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE

Preparazione del personale	<p>Gli operatori che assistono i pazienti Covid-19 confermati o sospetti prima di entrare nella terapia intensiva:</p> <ul style="list-style-type: none">- Si recano nello spogliatoio delle sale operatorie e indossano la divisa glicine.- Ritornano all'ingresso della terapia intensiva utilizzando il corridoio per passaggio pazienti chirurgici.- Prima di accedere alla stanza Covid-19 indossano nell'area immediatamente antistante la stanza i dpi previsti dal documento "INFORMATIVA SULLE MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE DA ADOTTARSI PER INFEZIONE DA SARS COV-2". <p>NB: all'inizio del servizio viene identificato l'operatore che eseguirà le procedure che genereranno aerosol e indossa il facciale filtrante appropriato. Il facciale filtrante può essere indossato il numero di ore massimo indicato nella scheda tecnica.</p>
QUANDO È NECESSARIA LA FFP2 O FFP3	<p>Vedi sezione specifica del documento "INFORMATIVA SULLE MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE DA ADOTTARSI PER INFEZIONE DA SARS COV-2".</p>
Fine del servizio (o quando necessario uscire dalle stanze Covid-19)	<p>Alla fine del servizio (o quando necessario per motivi urgenti uscire dalle stanze dedicate ai pazienti Covid-19) l'operatore:</p> <ul style="list-style-type: none">- Torna nell'area filtro e si sveste nella zona "sporco" eliminando calzari e DPI ed esegue l'igiene delle mani con acqua e sapone.- Utilizzando il corridoio per l'accesso alle sale dei pazienti torna allo spogliatoio delle sale.- Smaltisce la divisa glicine negli appositi contenitori.- Esegue l'igiene delle mani con acqua e sapone.- Indossa la propria divisa.- Escono dallo spogliatoio e si recano all'ascensore A. <p>Se l'operatore dovesse tornare nelle aree Covid-19 dedicate dovrà effettuare nuova vestizione nell'area antistante la stanza.</p>

5.9 PERCORSO E AZIONI PER ESECUZIONE TC TORACE IN PAZIENTE POSITIVO PER COVID-19

1. Il reparto contatta la radiologia telefonicamente e invia la richiesta di TC, in forma elettronica (TC torace (e/o: polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino) utilizzando l'agenda ANR BU_Radiologia TC reparti, o cartacea con allegato i consensi.

2. La radiologia accetta in G2 la richiesta e controlla che la documentazione sia completa.

3. La radiologia avvisa il reparto che il paziente può scendere utilizzando l'ascensore "B".

4. Il personale della radiologia prima dell'arrivo del paziente chiuderà le porte tagliafuoco sull'atrio verde, la saracinesca della segreteria e la porta scorrevole trasparente di accesso al corridoio radiologia.

Per tutta la permanenza del paziente in Radiologia e la successiva sanificazione, è vietato l'utilizzo delle porte di accesso alla Radiologia e il transito di utenti e operatori.

5. Il personale della radiologia farà entrare il paziente immediatamente in sala TAC.

6. Modalità operativa TC:

- a. Sul lettino della TC verrà posizionato un telo impermeabile lungo in modo da coprire tutto il paziente con le braccia alzate;
- b. Il paziente, se non intubato, dovrà indossare mascherina e guanti e comunque avvolto in modo tale da non venire in contatto con le zone circostanti;
- c. L'apertura e la chiusura della porta della sala TC viene effettuata al momento dell'arrivo del paziente da un operatore non coinvolto nell'assistenza diretta al paziente;
- d. Il personale che accompagna il paziente avrà cura di non toccare nessuna zona della sala TAC e posizionerà il paziente secondo le indicazioni date a voce dal TSRM (questi deve rimanere a distanza dal paziente in quanto deve lavorare sulla consolle dell'apparecchiatura). Una volta posizionato sul lettino il paziente non dovrà toccare parti della apparecchiatura. A questo punto il personale esce dalla sala TAC attendendo; in corridoio i pochi minuti (3-5) per l'acquisizione dell'esame;
- e. Il centraggio viene fatto dal TSRM che userà DPI (maschera FFP3) evitando di toccare il paziente. La tecnica è una spirale con ricostruzione HRTC;
- f. Finita l'acquisizione il paziente viene dimesso nel minor tempo possibile e rientrerà in reparto sempre utilizzando l'ascensore "B".

7. Il TSRM eseguirà da subito una sanificazione del gantry con zeta 3 foam o con salviette GIOCLOR. Subito dopo chiamerà la ditta di pulizie per la sanificazione degli ambienti (n° telef. 808) e delle zone di transito del paziente.

8. Il TSRM terminata la sanificazione si svestirà dai DPI, li depositerà nel sacco giallo presente in sala TAC e uscirà dalla porta che da sulla stanza del carrello emergenza.

I recapiti telefonici per contattare la radiologia sono: 367 (TSRM)-208 (TC)-261 (refertazione).

5.10 GESTIONE DEI PAZIENTI COVID-19 CONFERMATI E SOSPETTI IN BLOCCO OPERATORIO

Preparazione del personale	<p>Gli operatori che assistono i pazienti Covid-19 confermati o sospetti prima della presa in carico del paziente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparano gli spazi e la strumentazione necessaria per il tipo d'intervento. - Indossano i DPI previsti, la vestizione può avvenire nell'area Covid-19, prima dell'arrivo del paziente, o prima di entrare nell'area Covid-19, dopo l'arrivo del paziente. <p>NB: all'inizio del servizio viene identificato l'operatore che eseguirà le procedure che genereranno aerosol e indossa il facciale filtrante appropriato (nurse di anestesia).</p> <p>Il facciale filtrante può essere indossato il numero di ore massimo indicato nella scheda tecnica</p>
QUANDO È NECESSARIA LA FFP2 O FFP3	Vedi sezione specifica del documento "INFORMATIVA SULLE MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE DA ADOTTARSI PER INFEZIONE DA SARS COV-2".
Fine del servizio (o quando necessario uscire dall'area Covid-19)	<p>Alla fine del servizio (o quando necessario per motivi urgenti uscire dal blocco operatorio Covid-19) la svestizione avviene all'interno delle sale Covid-19 prima di uscire mantenendo indosso il primo paio di guanti che poi andranno smaltiti come da protocollo all'uscita dell'area Covid-19, o in alternativa lavando le mani con sapone o soluzione alcolica prima di uscire.</p> <p>Se l'operatore dovesse tornare nel blocco Covid-19 dovrà effettuare nuova vestizione.</p>
Organizzazione generale	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimento delle sale operatorie a pressione positiva • Nessuna attesa per il paziente in pre-sala

	<ul style="list-style-type: none"> Sala organizzata con tutta l'attrezzatura necessaria: ad esempio carrello per le urgenze con defibrillatore, macchina per il trasfusione, siringhe, ventilatore, ecc...
In corso di ricovero	<ul style="list-style-type: none"> Il paziente deve fare la doccia La biancheria da letto deve essere cambiata (se possibile monouso) <ul style="list-style-type: none"> Il paziente deve indossare: maschera chirurgica + camice Deve essere eseguito attento lavaggio delle mani del paziente La cartella del paziente deve essere posizionata in un sacchetto trasparente
Accoglienza del paziente nel blocco operatorio	<p>Nessuna attesa del paziente all'accesso nel blocco operatorio, i trasportatori consegnano il paziente al personale della sala operatoria prima dell'ingresso in blocco Covid. Il paziente è trasportato dal personale del blocco operatorio nella sala operatoria dedicata sulla stessa barella.</p> <p>Tutte le porte degli ambienti nel blocco operatorio Covid devono essere chiuse e non utilizzate se non strettamente necessario (ad esempio le altre sale operatorie, laboratorio PMA, ecc), per evitare contaminazione di ambienti che andrebbero poi decontaminati.</p> <p>Abbigliamento del personale al momento dell'accoglimento del paziente Vedi sezione specifica del documento "INFORMATIVA SULLE MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE DA ADOTTARSI PER INFEZIONE DA SARS COV-2".</p>
In Sala Operatoria	<p>Abbigliamento Vedi sezione specifica del documento "INFORMATIVA SULLE MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE DA ADOTTARSI PER INFEZIONE DA SARS COV-2".</p> <p>Laparoscopia è consentita ma bisogna ridurre la fuoriuscita della CO2 ed essuflare preferibilmente al termine dell'intervento e comunque meglio se tramite sistema di aspirazione per evitare contaminazione dell'aria ambiente. Ridurre al minimo necessario l'essuflazione intraoperatoria e utilizzare trocar a palloncino.</p> <p>Gestione delle attrezzature nella sala operatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> Limitare le apparecchiature presenti nella stanza a ciò che è strettamente necessario Proteggere l'attrezzatura nella stanza usando armadi (non conservare materiale non sigillato) per non esporre il materiale Pulizia a umido dei contenitori non protetti durante l'intervento con Oxyfloor o Ultrasol Active o 70% di alcol Limitare l'uscita della sala a ciò che è strettamente necessario: le porte della sala possono essere utilizzate per uscire per procurarsi l'attrezzatura A titolo precauzionale, coprire il materiale non protetto per i 15 minuti durante l'intubazione e l'estubazione e posizionarlo lontano dalla testa del paziente (NB: il rinnovo dell'aria interna normalmente consente di controllare questo rischio anche se la trasmissione aerea del virus a lunghe distanze non è provata. <p>Rifiuti: tutto va nei rifiuti a rischio infettivo (sacco giallo), non viene eseguita raccolta differenziata.</p> <p>Smaltimento dei telini:</p> <ul style="list-style-type: none"> Non agitare le lenzuola, non sbattere la biancheria contro l'attrezzatura <ul style="list-style-type: none"> Favorire la biancheria monouso da smaltire nei rifiuti biologici Per la biancheria riutilizzabile, mettere in quarantena 24 ore in un armadio dedicato e identificare la biancheria Covid-19. <ul style="list-style-type: none"> Mettere la biancheria in sacchetti di plastica trasparenti e chiusi. Annotare il numero del sacco, la data e l'ora dell'insaccamento sul sacchetto. <p>Intubazione e / o estubazione in sala operatoria: attendere se possibile 1 ora prima di eseguire la pulizia biologica</p> <ul style="list-style-type: none"> Pulizia biologica: come da protocollo. Dopo una pausa di 1 ora: indossa un camice + grembiule di plastica + maschera chirurgica + occhiali di protezione e cuffietta e guanti

	- Se il tempo di attesa non è possibile: indossare una maschera FFP2 + camice + grembiule di plastica + occhiali protettivi + cuffietta e guanti.
Fine dell'intervento	Estubazione e il monitoraggio post-operatorio andrà eseguito nella sala operatoria o se il paziente è destinato al servizio di rianimazione, andrà trasferito in rianimazione.
Trasferimento del paziente in reparto	La paziente posizionata sulla barella pulita viene consegnata ai trasporti all'uscita del blocco Covid viene trasportata secondo protocollo trasporti in stanza nel reparto Covid-19 designato o in rianimazione. In caso di barella sporca: posizionare i panni impregnati di disinfettante idoneo all'uscita del blocco per la disinfezione delle ruote e delle scarpe.
Procedure finali	Al termine del trasferimento e quando il paziente è giunto al reparto Covid di destinazione o rianimazione deve essere eseguita sanificazione di tutte le sale del blocco Covid e di tutti gli ambienti del blocco Covid a cui il personale ha avuto accesso o ha aperto le porte. Devono essere poi sanificati tutti gli ambienti attraverso cui è passato il paziente dando la priorità agli spazi comuni con pazienti e personale non Covid al fine di permettere la più rapida ripresa delle attività e passaggio in tali aree.

5.11 INDICAZIONI PER L'USCITA DAI PERCORSI COVID-19

Nei pazienti casi sospetti di Covid-19, l'esito negativo di un test molecolare risulta elemento necessario ma non sufficiente per l'uscita del paziente dai percorsi Covid-19.

Nel caso in cui la sintomatologia, la valutazione medica, i riscontri laboratoristici e diagnostici facciano perdurare il sospetto clinico di infezione da Sars-Cov-2, il medico può ripetere il tampone continuando a gestire il paziente come caso sospetto.

In caso di sintomatologia sospetta e nella necessità di inserire rapidamente i pazienti in percorsi dedicati a pazienti non sospetti, gli operatori possono eseguire un test antigenico su prelievo rinofaringeo. In caso di ricovero, il test antigenico deve essere confermato quanto prima da test molecolare.

6. CONTINUITÀ DELLE CURE ESSENZIALI

Responsabile: Direzione Sanitaria

Identificare le prestazioni che devono essere garantite in fase di ripresa dei contagi e le modalità con le quali assicurarne l'erogazione.

La ripresa dei contagi può causare una riduzione della capacità della Struttura di rispondere alle esigenze dell'utenza in considerazione dei 2 possibili circostanze:

- Eccesso di domanda legata alla diagnosi ed al trattamento della patologia infettiva
- Riduzione della capacità di risposta per diffusione del contagio negli operatori sanitari.

Questo rischio risulta contenuto grazie al potenziamento dei servizi coinvolti nella gestione del paziente Covid e all'applicazione di rigorose misure di prevenzione del contagio fra gli operatori sanitari. Tuttavia, è necessario prevedere un programma di riduzione delle attività programmate e di riorganizzazione dei servizi da attuare nel caso si verificassero le condizioni sopradescritte con l'obiettivo.

6.1 ASSICURARE I SERVIZI DI ASSISTENZA

Attività di Urgenza Emergenza

Le prestazioni di PS e dell'accettazione ostetrico ginecologica continuano ad essere erogate e garantite in tutte le fasi di evoluzione della pandemia.

Attività ambulatoriali

Nella fase iniziale della pandemia, su indicazione regionale, l'erogazione delle prestazioni è stata limitata a quelle di primo accesso richieste con priorità U o priorità B e a quelle che a giudizio dello specialista di riferimento non risultavano procrastinabili senza pregiudizio della possibilità di cura e di recupero.

In fase di stabilità, con la ripresa delle attività, una volta garantito il recupero delle prestazioni sospese nella fase di lock down di marzo-aprile, la programmazione delle prestazioni ambulatoriali è ripresa con volumi sovrapponibili a quelli esistenti in fase pre-pandemica, seppur con un'organizzazione finalizzata ad assicurare il distanziamento e le attività di sanificazione.

In fase di ripresa dei contagi, le disposizioni regionali prevedono una contrazione dell'attività ambulatoriale limitata a quella dei servizi direttamente interessati alla gestione dei pazienti Covid positivi (ad es. pneumologia, malattie infettive) e nella misura in cui la riduzione dell'attività consenta il recupero di risorse professionali da dedicare alla gestione diretta del paziente ricoverato.

Alla luce di queste disposizioni, presso l'Istituto, non è prevista una sospensione tout court dell'attività ambulatoriale.

In linea generale è, tuttavia, possibile la sospensione dell'erogazione delle prestazioni finalizzata alla gestione di situazioni puntuali di criticità e definita dai Direttori di struttura secondo il seguente schema:

Struttura	Tipologia di prestazione	Priorità
Prestazioni da garantire a tutti	Es. Prima visita ortopedica	Es. B
Prestazioni da garantire a particolari tipologie di pazienti	Es. Controllo in pazienti sottoposti a intervento chirurgico	/
Prestazioni erogabili tramite telemedicina	Es. Controllo	/

Attività di ricovero - Area chirurgica e Area Medica

La prima fase della pandemia ha visto una riduzione dell'attività chirurgica elettiva, con garanzia di risposta per le sole urgenze/emergenze, gli interventi chirurgici prescritti in priorità A e quelli non procrastinabili in base al giudizio dello specialista.

In fase di stabilità, la programmazione chirurgica ha come riferimento i volumi garantiti nel 2019 e, se possibile, superiori, per consentire un recupero delle prestazioni sospese.

Le disposizioni regionali prevedono che, in fase di ripresa dei contagi, possa essere attuata una contrazione dell'attività programmata finalizzata alla riconversione delle strutture per far fronte all'incremento dei ricoveri di pazienti Covid positivi, con garanzia delle sole urgenze e dei ricoveri per patologia oncologica.

In considerazione delle caratteristiche dell'infezione nella popolazione di riferimento e delle misure riorganizzative poste in atto nel corso della fase di stabilità si ritiene che le Strutture dell'Istituto siano nella condizione di gestire i pazienti Covid positivi senza prevedere sospensioni dell'attività, anche in una fase di ripresa dei contagi.

6.2 RISORSE UMANE

E' stata definita la dotazione del personale necessaria per garantire l'attività nei diversi scenari descritti al paragrafo 4.

Le modalità con le quali assicurarla prevedono:

- La assunzione di personale Covid (dirigenti medici, infermieri, ostetriche e tecnici di laboratorio). Questa possibilità è condizionata dalla disponibilità
- La riallocazione di personale a copertura di aree in sofferenza
- La sospensione di attività di ricovero programmato.

La scelta dello scenario più indicato ad affrontare le diverse condizioni di afflusso di pazienti Covid e Covid free è eseguita da Direttori di Dipartimento e IO responsabili di Piattaforma, di concerto con la Direzione sanitaria.

7. SORVEGLIANZA SANITARIA E MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE DEL COVID-19

Responsabili: Sorveglianza sanitaria e Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale

7.1 MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

Tutti gli operatori devono applicare le seguenti misure di prevenzione generale:

- praticare 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 creare assembramenti.

7.2 PRECAUZIONI AGGIUNTIVE PER GLI OPERATORI SANITARI

Tali precauzioni includono l'utilizzo corretto dei DPI e un'adeguata sensibilizzazione/informazione alle modalità relative al loro uso, alla vestizione, svestizione ed eliminazione, tenendo presente che alla luce delle attuali conoscenze, le principali modalità di trasmissione del SARS-CoV-2 sono attraverso droplet e per contatto, ad eccezione di specifiche procedure a rischio di generare aerosol.

7.3 CRITERI PER LA SCELTA DEI DPI DA UTILIZZARE

Al fine adottare idonei sistemi di protezione e di ridurre il consumo improprio di DPI, la scelta 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 che presentano tosse e/o starnuti; se tali pazienti indossano una mascherina chirurgica o si coprono naso e bocca con un fazzoletto la contagiosità si riduce notevolmente;
- **Tipo di contatto assistenziale:** il rischio aumenta quando il contatto è ravvicinato (< 1 metro) e prolungato (> 15 minuti) e quando si eseguono procedure in grado di produrre aerosol delle secrezioni del paziente (nebulizzazione di farmaci, intubazione, rianimazione, induzione dell'espettorato, broncoscopia, ventilazione non invasiva).

Gli specifici dispositivi di protezione individuale individuati dal Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale sono illustrati nel documento "informativa misure di prevenzione e protezione infezione da Sars-CoV-2 rev.05" disponibile sul seguente indirizzo: k:\condivisioni\sppa_burlo\informazioni Covid-19\dpi.

7.4 DEFINIZIONI

(Circolare del Ministero della Salute del 08/01/2021)

CASO COVID - 19

Criteri clinici

Presenza di almeno uno dei seguenti sintomi:

- tosse
- febbre

- dispnea
- esordio acuto di anosmia, ageusia o disgeusia

Altri sintomi meno specifici possono includere cefalea, brividi, mialgia, astenia, vomito e/o diarrea.

Criteri radiologici

Quadro radiologico compatibile con COVID-19.

Criteri di laboratorio

1. Rilevamento di acido nucleico di SARS-CoV-2 in un campione clinico, OPPURE
2. Rilevamento dell'antigene SARS-CoV-2 in un campione clinico (test antigenico o molecolare).

Criteri epidemiologici

Almeno uno dei due seguenti link epidemiologici:

- contatto stretto con un caso confermato COVID-19 nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi; 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;
- essere residente/operatore, nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi, in contesti sanitari (ospedalieri e territoriali) e socioassistenziali/sociosanitari quali RSA, lungodegenze, comunità chiuse o semichiusate (ad es. carceri, centri di accoglienza per migranti), in cui vi sia trasmissione di SARS-CoV-2

Classificazione dei casi

A. Caso Possibile

Una persona che soddisfi i criteri clinici.

B. Caso probabile

Una persona che soddisfi i criteri clinici con un link epidemiologico, OPPURE

una persona che soddisfi i criteri radiologici.

C. Caso confermato

Una persona che soddisfi il criterio di laboratorio.

CONTATTO (fonte *FAQ del Ministero della Salute*)

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 con 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 esempio 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 esempio 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 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.

Contatto a Basso Rischio

Per "contatto a basso rischio" si intende una persona che ha avuto una o più delle seguenti esposizioni:

- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso COVID-19, ad una distanza inferiore ai 2 metri e per meno di 15 minuti;
- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) o che ha viaggiato con un caso COVID-19 per meno di 15 minuti;
- tutti i passeggeri e l'equipaggio di un volo in cui era presente un caso COVID-19, ad eccezione dei passeggeri seduti entro due posti in qualsiasi direzione rispetto al caso COVID-19, dei compagni di viaggio e del personale addetto alla sezione dell'aereo/treno dove il caso indice era seduto che restano classificati contatti ad alto rischio;
- 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, provvisto di DPI raccomandati.

7.5 TEST DI SCREENING IN OPERATORI SANITARI

Dato il perdurare di una situazione pandemica caratterizzata da un'alta contagiosità con scarsa gravità di malattia, in un contesto prevalentemente vaccinato, si è voluto rivedere il percorso di Sorveglianza interno al nostro Istituto, per adattarlo alla attuale situazione.

Pertanto, attualmente, le indagini per COVID (test antigenici/molecolari) sono riservate ai soli operatori che denuncino sintomi riferibili al COVID o una situazione di convivenza/contacto stretto con positivi (vedi cap. 10.6) e nei rientri al lavoro dopo più di 7 giorni di assenza.

Viene mantenuto lo screening periodico settimanale (test molecolare) solo in SC Oncoematologia e nel Servizio delle Cure Palliative in quanto definiti Reparti ad alto rischio per il contatto con pazienti estremamente "fragili".

Oltre all'invito alla collaborazione per quanto sopra esposto, si raccomanda a tutto il personale di monitorare con attenzione il proprio stato di salute, specie in caso di contatto con positivi; in particolare la comparsa di sintomi respiratori o di febbre deve comportare l'avviso al Direttore o Coordinatore di struttura e alla Direzione Sanitaria (Sorveglianza Sanitaria).

7.6 INDICAZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DEI CONTATTI DI CASI COVID-19 NEGLI OPERATORI SANITARI

Casi COVID-19

Le persone risultate positive al test diagnostico (molecolare o antigenico) per SARS-CoV-2 sono sottoposte alla misura dell'isolamento.

La quarantena domestica dovrà essere applicata nelle modalità di seguito riportate [Circolare del Ministero della Salute n. 60136 del 30/12/2021].

- soggetti che abbiano precedentemente ricevuto la dose booster, o che abbiano completato il ciclo vaccinale da meno di 120 giorni: isolamento di 7 giorni, purché i medesimi siano sempre stati asintomatici, o risultino asintomatici da almeno 3 giorni e test (rapido o molecolare) negativo;
- soggetti non vaccinati o che non abbiano ricevuto la dose booster, o che abbiano completato il ciclo vaccinale da più di 120 giorni: isolamento di 10 giorni, purché risultino asintomatici da almeno 3 giorni e test (rapido o molecolare) negativo.

Contatti ad ALTO RISCHIO (stretti)

Si descrivono di seguito le modalità di gestione dei casi di operatori risultati contatto stretto o casuale con persone COVID positive e dei sintomatici, indipendentemente dall'avvenuto contatto [in base al DL n. 24 del 24/03/2022 e alla Circolare del 30 marzo 2022 del Min. Salute n. 19680].

I contatti stretti di caso COVID-19, indipendentemente dallo stato vaccinale devono rispettare per 10 giorni dall'ultimo contatto con il soggetto positivo la misura dell'auto-sorveglianza, con obbligo di indossare la mascherina FFP2 al chiuso o in presenza di rischio di assembramento; i contatti non sono soggetti a test per concludere la quarantena, ma devono sottoporvisi unicamente se emergono dei sintomi, alla comparsa dei quali devono effettuare test antigenico rapido o molecolare, da ripetere dopo 5 giorni dall'ultimo contatto se il primo test è negativo e se ancora sintomatici.

Gli operatori sanitari devono eseguire un test antigenico o molecolare su base giornaliera fino al quinto giorno dall'ultimo contatto con un soggetto contagiato; se il tampone risulta negativo, l'operatore potrà lavorare, se positivo rientra a casa. Il tampone antigenico dovrà necessariamente essere inviato nel laboratorio di Diagnostica avanzata microbiologica traslazionale (Microbiologia Burlo) per la sua validazione e registrazione, secondo le abituali modalità.

ATTENZIONE: ai conviventi positivi deve essere attuato un efficace isolamento domestico per poterli considerare come "ultimo contatto stretto".

Contatti a BASSO RISCHIO

Qualora abbiano indossato sempre le mascherine chirurgiche o FFP2, non è necessaria quarantena ma dovranno essere mantenute le comuni precauzioni igienico-sanitarie. Se non è stato possibile garantire l'uso continuato della mascherina, tali contatti dovranno sottostare a sorveglianza passiva (misurazione della temperatura 2 volte al giorno, rilevazione sintomi Covid correlati).

NOTA BENE: tutti gli operatori dovranno segnalare direttamente o tramite loro responsabile il proprio stato per essere sottoposti ad adeguata sorveglianza sanitaria (mail: sorveglianza.sanitaria@burlo.trieste.it).

Di seguito uno schema riassuntivo, suddiviso per categorie, con specifiche di comportamento:

A. OPERATORI SINTOMATICI

TAMPONE NASOFARINGEO MOLECOLARE

L'operatore segnala la sua situazione a sorveglianza.sanitaria@burlo.trieste.it. Sarà richiesto un tampone nasofaringeo molecolare da effettuare presso il container nei consueti orari previsti (lun., mer. e ven., dalle 13 alle 15, mar. e gio., dalle 8 alle 8.30).

ATTENZIONE! in attesa del risultato l'operatore non accede al posto di lavoro.

In occasione di particolari esigenze organizzative del lavoro (turno notturno, sabato e domenica) in seguito a sintomatologia lieve e/o non specifica COVID, sarà eseguito un test antigenico "rapido" direttamente nel reparto di appartenenza.

B. CONTATTI STRETTI (NON SINTOMATICI)

TEST ANTIGENICO - Segnalazione a sorveglianza.sanitaria@burlo.trieste.it

Sanitari: tamponi su base giornaliera fino al quinto giorno dall'ultimo contatto con un soggetto contagiato; si viene al lavoro indossando dispositivi tipo ffp2.

- *-Area Degenza:* eseguire il tampone presso il reparto di appartenenza e inviarlo rapidamente alla Microbiologia dell'Istituto per la refertazione.
- *-Area Extra Degenza:* la Sorveglianza Sanitaria compilerà le richieste che saranno ritirabili presso l'Ufficio Informazioni; effettuare il tampone antigenico in container da lunedì a venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 8.30.

ATTENZIONE! Non Sanitari (tecnici, amministrativi): se non sintomatici, si viene al lavoro indossando dispositivi tipo ffp2 per almeno 10 giorni; il periodo di autosorveglianza termina al giorno 5.

Non verrà eseguito alcun test per COVID.

C. RIENTRO DA ASSENZE SUPERIORI A 7 GIORNI (escluso quarantena per COVID)

TEST SALIVARI MOLECOLARI

Segnalare data di rientro a sorveglianza.sanitaria@burlo.trieste.it in tempi utili; ritiro etichette e kit presso l'Ufficio Informazioni, consegna esame in container (negli orari di apertura) o nel reparto di appartenenza;

ATTENZIONE! in attesa del risultato l'operatore lavora con ffp2.

D. POSITIVI IN SORVEGLIANZA SANITARIA

TEST ANTIGENICO

su segnalazione di ASUGI, saranno eseguiti tamponi antigenici a 7/10 giorni dal tampone positivo iniziale, poi a ulteriori 2/3 giorni. Test eseguibile presso il container esterno, da lunedì a venerdì, 8-8.30.

TAMPONE NASOFARINGEO MOLECOLARE

per gli operatori in servizio presso reparti con elevato rischio clinico viene eseguito test molecolare a 7/10 giorni. Test eseguibile presso il container esterno (lun., mer. e ven., dalle 13 alle 15, mar. e gio., dalle 8 alle 8.30).

7.7 INDAGINE EPIDEMIOLOGICA

Il medico di Direzione Sanitaria (nel primo momento utile) provvede a:

1. Notificare al Dipartimento di Prevenzione (mail: profilassi.dip@asugi.sanita.fvg.it), lo stato di malattia accertata per tutti i casi di COVID negli operatori, diagnosticati in IRCCS.
2. Avviare l'indagine epidemiologica (esposti): tracciare i percorsi del caso di COVID+ (operatore e non) in ospedale, ripercorrendo luoghi e persone con cui è venuto in contatto, stilando l'elenco dei nominativi di tutti i contatti, fra personale dipendente e altra utenza, tramite apposita scheda; l'indagine deve permettere l'identificazione di tutte le persone con cui il caso COVID + è venuto a contatto nella fase sintomatica e nelle 48 ore precedenti l'esordio dei sintomi o, nei casi asintomatici, nelle 48 ore precedenti il tampone.
3. Comunicare i nominativi dei contatti dei NON DIPENDENTI, con indirizzo e numero di telefono, al Dipartimento di Prevenzione all'indirizzo mail profilassi.dip@asugi.sanita.fvg.it
4. Valutare il tipo di esposizione: in base alla definizione di contatto stretto o casuale e all'utilizzo dei DPI, il medico di Direzione valuta le modalità con cui gestire il caso e identifica i contatti da sottoporre al tampone
5. Monitorare il rispetto delle indicazioni date.

La Sorveglianza sanitaria:

- contatta, nei casi in cui è previsto, l'operatore per verificarne le condizioni di salute
- organizza l'esecuzione dei tamponi, quando da effettuare presso il Burlo.

7.8 SORVEGLIANZA SANITARIA E MEDICO COMPETENTE

La sorveglianza sanitaria dei lavoratori prosegue senza importanti limitazioni, rispettando tutte le misure igieniche contenute nelle indicazioni del Ministero della Salute.

Il Medico competente collabora con il datore di lavoro, il RSPP e gli RLS nell'identificazione ed attuazione delle misure volte al contenimento del rischio di contagio.

Nel caso di operatore/dipendente risultato positivo al Covid-19, la Sorveglianza Sanitaria e la Direzione Sanitaria attivano le succitate procedure per individuare i contatti stretti per poi applicare tutte le misure necessarie per limitare la diffusione del virus.

Qualora se ne ravveda la necessità, il Medico Competente provvede, contestualmente alla segnalazione della positività, per contagi avvenuti nell'ambiente di lavoro oppure per causa determinata dallo svolgimento dell'attività lavorativa, alla compilazione del Primo Certificato di infortunio lavorativo (altrimenti presso proprio MMG).

La riammissione in servizio di casi particolari seguirà le indicazioni ministeriali (circolare del 12/04/2021) di seguito riassunte:

1. Lavoratori positivi con sintomi gravi e ricovero

I lavoratori che si sono ammalati e che hanno manifestato una polmonite o un'infezione respiratoria acuta grave, potrebbero presentare una ridotta capacità polmonare a seguito della malattia con possibile necessità di sottoporsi a cicli di fisioterapia respiratoria. La situazione risulta più complessa per i lavoratori che sono stati ricoverati in Terapia Intensiva, in quanto possono continuare ad accusare disturbi rilevanti, la cui presenza necessita di particolare attenzione ai fini del reinserimento lavorativo. Pertanto il medico competente, previa presentazione di certificazione di avvenuta negativizzazione secondo le modalità previste dalla normativa vigente, effettua la visita medica prevista dal D.Lgs. 81/08 e s.m.i. dall' art 41, c. 2, lett. e-ter, ai fini di verificare l'idoneità alla mansione e valutare profili specifici di rischiosità, indipendentemente dalla durata dell'assenza per malattia.

2. Lavoratori positivi a lungo termine

I soggetti che continuano a risultare positivi al test molecolare e che non presentano sintomi da almeno una settimana, possono interrompere l'isolamento dopo 21 giorni dalla comparsa dei sintomi. Tuttavia in applicazione del principio di massima precauzione, i lavoratori ai fini del rintegro al posto di lavoro potranno essere riammessi solo dopo la negativizzazione del tampone molecolare o antigenico effettuato in struttura accreditata o autorizzata dal SS. Prima di rientrare al lavoro devono inviare la certificazione di avvenuta negativizzazione al datore di lavoro tramite il medico competente (Sorveglianza Sanitaria).

Nel caso in cui il lavoratore non possa essere adibito a modalità di lavoro agile, dovrà essere coperto da un certificato di prolungamento della malattia rilasciato dal medico curante. Non si ravvisa la necessità da parte del medico competente, salvo specifica richiesta del lavoratore, di effettuare la visita medica precedente alla ripresa del lavoro.

7.9 SISTEMA DI MONITORAGGIO E VERIFICA

Con decreto n. 136 del 12.11.2020, la Direzione generale dell'Istituto ha disposto di attivare un sistema di monitoraggio e verifica, da attuare presso le varie articolazioni e sedi aziendali, del rigoroso rispetto da parte del personale dell'Istituto delle disposizioni aziendali e delle procedure adottate e diramate per la gestione dell'emergenza all'interno dell'IRCCS.

Il compito di svolgere tali accertamenti è stato attribuito agli operatori del Servizio Igiene Ospedaliera e Sorveglianza Sanitaria (SIOSS) e del Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale (SPPA).

8. LABORATORIO E DIAGNOSI

Responsabile: Responsabile SSD Microbiologia Traslazionale

Definire un programma che garantisca l'esecuzione dei test diagnostici nelle diverse fasi epidemiche, in una situazione caratterizzata da un'evoluzione epidemiologica e tecnologica in grado di modificare rapidamente la popolazione di riferimento e le tecniche diagnostiche disponibili.

Il Laboratorio della SSD Microbiologia Traslazionale dell'IRCCS BURLO GAROFALO è stato riconosciuto come laboratorio di riferimento regionale per la diagnosi di SARS-Cov-2 in data 23 marzo 2020, data di attivazione dell'offerta diagnostica rivolta ai pazienti pediatrici, gestanti, accompagnatori, personale dipendente e bambini per sospetta infezione in ambito scolastico e di comunità.

Il laboratorio è stato parzialmente convertito all'attività Covid-19 attraverso parziale ristrutturazione dei locali e dotato di nuova strumentazione sia per l'indagine immunologica (ricerca Anticorpi-Antigene specifici e risposta infiammatoria) che per la diagnosi molecolare rapida di infezione, al fine di garantire la risposta assistenziale e il dato epidemiologico in tempi brevi e senza interferenza con le altre attività di diagnostica avanzata microbiologica.

L'incremento della richiesta dei test dovuta all'evolversi del quadro epidemiologico, che ha colpito prevalentemente la fascia pediatrica (0-17 anni), grazie all'alta diffusibilità delle varianti Delta ed Omicron e la scarsa adesione alla vaccinazione, ha determinato il potenziamento del workflow operativo, con l'acquisizione di un robot dedicato e di kit con aumentata complessità analitica inclusa la rilevazione delle varianti emergenti in tempo reale e, quindi, la riduzione dei tempi di risposta.

Contemporaneamente, la necessità di una diagnostica differenziale dovuta alla possibile sovrapposizione di quadri infettivi da microorganismi stagionali tipici dell'età pediatrica, con la finalità di ottimizzare il percorso dei pazienti covid, ha determinato l'acquisizione di una piattaforma multiplex per l'identificazione simultanea di microorganismi, incluso Covid-19, coinvolti nell'eventuale processo patogenetico.

8.1 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

La riorganizzazione del laboratorio di Microbiologia e l'introduzione di un nuovo modello di gestione dell'attività hanno garantito una operatività nelle 14 ore diurne, 7 gg su 7, attualmente grazie alla pronta disponibilità nei fine settimana, di tecnici e dirigenti. Sono assicurati esami per utenti esterni e interni, antigenici e molecolari, programmati e urgenti, con tempi di risposta entro le 12-24 ore per gli esami non urgenti ed entro 1h e 30 (rispetto alle 3h e 30) per quelli richiesti in urgenza.

Nelle ore notturne, l'esecuzione dei test molecolari urgenti è garantita dalla SC di Microbiologia di ASUGI.

8.2 TIPOLOGIA DEI TEST PER DIAGNOSI VIRUS SARS-CoV-2

Test molecolari rapidi da tampone rino-faringeo, nasale, saliva, escreato, bal, urine, tampone rettale

- Test di amplificazione virale (di riferimento, gold standard) con tecnica di PCR multiplex per 3 geni virali, 1 gene endogeno, 1 controllo esogeno di reazione ed estrazione di acidi nucleici in real time.

Test molecolari da tampone rino-faringeo senza estrazione di acido nucleico

- Test di amplificazione virale con tecnica di PCR per 2 geni virali e controllo esogeno.

Test per quantificazione carica virale

- Test molecolare quantitativo per il monitoraggio della carica virale con tecnica di PCR real time quantitativa con standard.

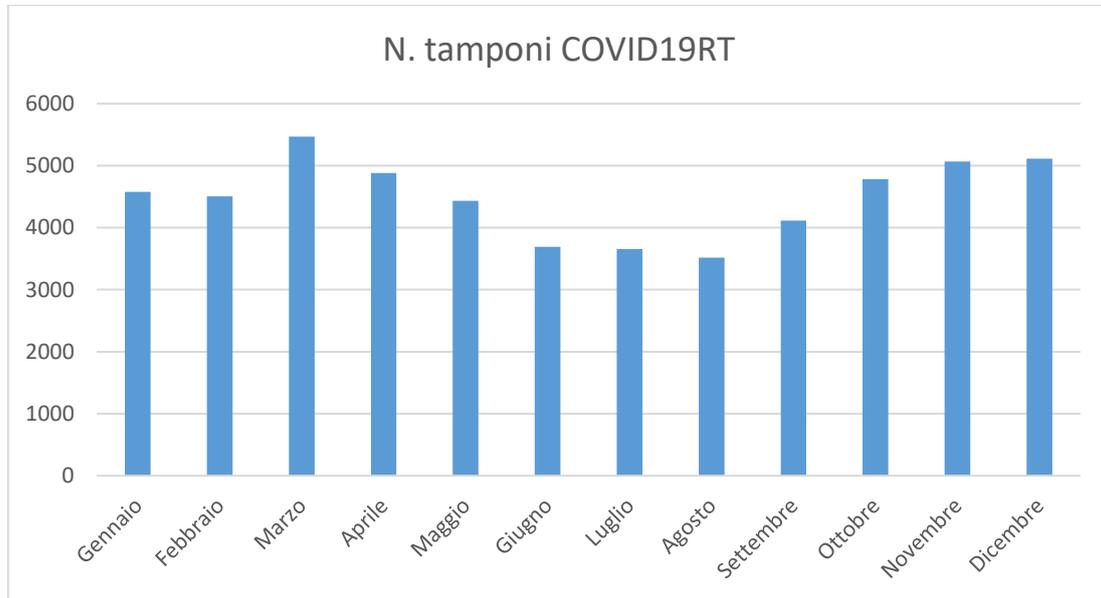
Piattaforma molecolare multiplex da tampone rino-faringeo

- Test per l'amplificazione e caratterizzazione simultanea di patogeni respiratori (20 microorganismi) compreso Sars-Covid-19

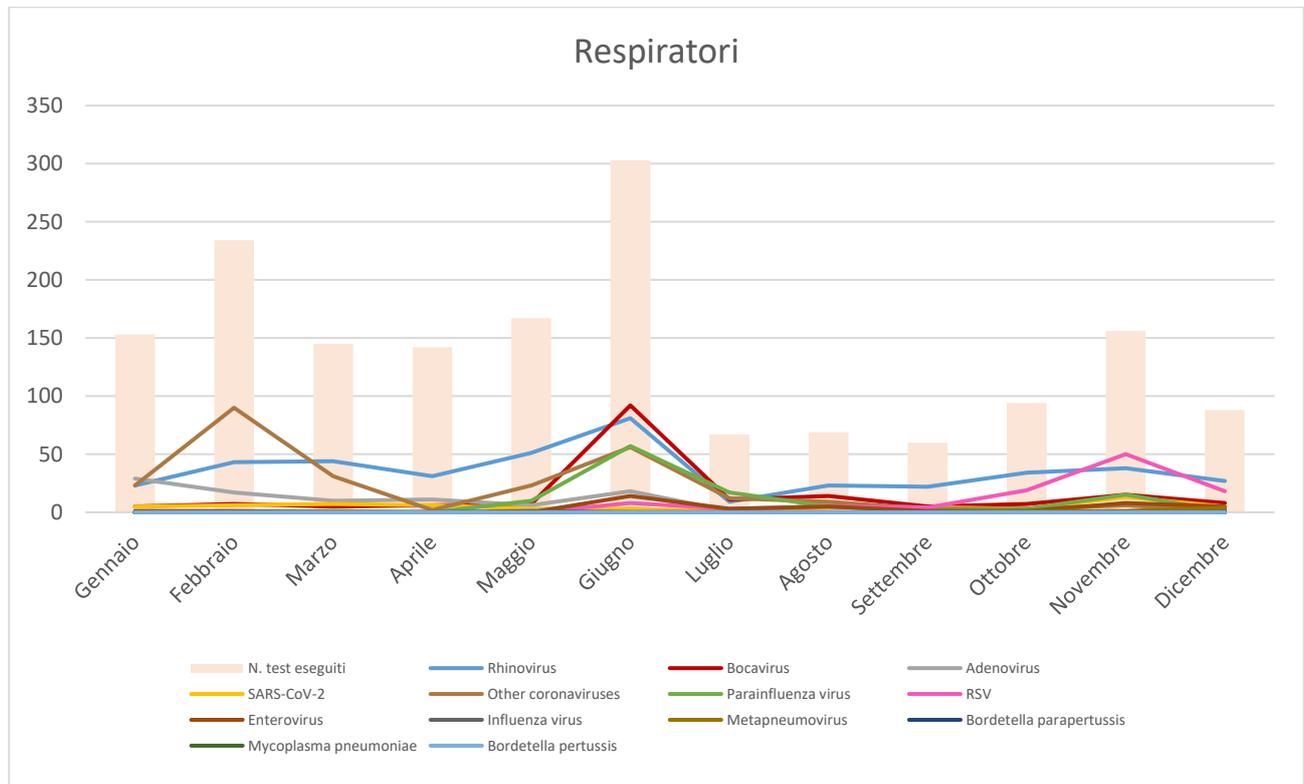
Test immunologici

- analisi di profilazione quantitativa di 26 citochine e chemochine infiammatorie su piattaforma multiplex.
- test sierologici per la diagnosi indiretta di Ac contro SARS-CoV-2 con metodo ELISA.
- test cromatografico per la ricerca dell'Ag di SARS-CoV-2 come da Common List Europea

Test molecolari eseguiti a seguito dell'evento pandemico dal 1 gennaio 2021 al 31 dicembre 2021:



Test molecolari multiplex respiratori eseguiti a seguito dell'evento pandemico dal 1 gennaio 2021 al 31 dicembre 2021:



8.3 MODALITÀ DI PROCESSO PER INVIO DEI CAMPIONI

I campioni inseriti a sistema attraverso order entry devono indicare i livelli di urgenza, al fine di attivare i percorsi di refertazione nel rispetto delle tempistiche indicate:

URGENTI:

Tamponi rino-faringei provenienti dal PS Pediatrico o da reparti specialistici che soddisfino i criteri clinici ed anamnestici per sospetta infezione da Covid-19.

- o Test molecolare in PCR real time
Tempo di risposta: 1h e 30 minuti
- o Test rapido per la ricerca dell'Ag*
Tempo di risposta: 20 minuti

NON URGENTI:

Tamponi rino-faringei programmati "pre-operatori" provenienti da pazienti da tutti i reparti compresi gli accompagnatori (se permanenza in reparti ad alto rischio).

Tamponi salivari programmati per screening gravide, caregiver, dipendenti da rientro di assenza superiore a 7 giorni (no quarantena covid), pazienti non collaboranti.

Test molecolare standard in PCR real time

Tempo di risposta: 1h e 30 minuti

Test ELISA per ricerca Anticorpi: in regime di NON URGENZA da tutti i reparti

Tempo di risposta: 3 ore

Test rapido immunocromatografico per la ricerca dell'Ag*

Tempo di risposta: 20 minuti

Il test rapido è impiegato, nelle 24 ore, come test primario di diagnosi di infezione per Covid -19 su:

- *pazienti sintomatici o paucisintomatici*
- *pazienti, anche asintomatici, che devono iniziare un percorso diagnostico o di ricovero urgente, compresi gli accompagnatori con successiva conferma con test molecolare in PCR in real time.*
- *casi emergenziali per sospetto focolaio in ambito sanitario*
- *casi emergenziali su soggetti pediatrici venuti a contatto con un caso Covid-19 positivo in ambito comunitario.*

8.4 MODALITÀ DI COMUNICAZIONE DEI RISULTATI

I referti firmati sono disponibili:

- in giornata, qualora il tampone giunga in Laboratorio ENTRO le ore 14.15 di ogni giorno (sabato e domenica compresi)
- il giorno successivo, entro un termine massimo di 24 ore, qualora il tampone giunga in Laboratorio dopo le ore 14.15

L'esito del test molecolare, richiesto in urgenza, sarà disponibile a visore immediatamente dopo la sua esecuzione.

Per i test richiesti dalla Sorveglianza sanitaria:

- il Dirigente del Laboratorio che valida i test comunica l'esito alla Sorveglianza sanitaria l'esito (SMS al Dirigente DS) nei casi risultati positivi.
- il Tecnico di laboratorio, in assenza del Dirigente, fornirà l'alert sul POSSIBILE esito positivo del test al Dirigente reperibile che avviserà la Sorveglianza sanitaria (SMS al Dirigente DS).
- La sorveglianza sanitaria esegue la stampa massiva dei referti e conferma la positività al Dirigente DS e la comunica agli operatori e al reparto per l'attuazione delle misure secondo disposizioni ministeriali.

8.5 TARGET DI LABORATORIO

- capacità analitica complessiva tamponi fino a 700 test molecolari al giorno
- mantenimento dei tempi di risposta Tourn Around Time (TAT) analitico dei tamponi per Covid-19 entro 4 h dei test non urgenti pre-operatori
- mantenimento del TAT analitico delle urgenze dei tamponi per Covid-19 per i nuovi ingressi ospedalieri da 20 minuti a 1h.30 secondo la tecnologia utilizzata
- mantenimento del TAT analitico dei test differenziali entro 12-24 ore
- allineamento alla domanda per esami sierologici con risposta massima in 24 ore
- screening personale dipendente con risposta massima in 12 ore.

9. FORMAZIONE, PREPARAZIONE E SUPPORTO AL PERSONALE SANITARIO

Responsabile: Responsabile dell'Ufficio Formazione

Le attività formative, nella loro diversa tipologia rappresentano un'arma fondamentale per fronteggiare un'emergenza pandemica nelle diverse fasi: pandemica, inter pandemica e di allerta.

In particolare, formazione ed esercitazioni sono funzioni cardine nella preparazione ad una fase pandemica influenzale perché permettono di potenziare conoscenze e competenze in momenti non emergenziali, formando gli operatori sanitari.

Tra gli obiettivi specifici del Piano Nazionale, che devono essere ripresi anche nel Piano operativo regionale, va ricordato lo sviluppo di un ciclo di formazione, monitoraggio e aggiornamento continuo del Piano, per favorire l'implementazione dello stesso e monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi.

Il Centro Attività Formative durante la pandemia ha garantito una revisione rapida dei fabbisogni formativi precedentemente identificati e garantito attraverso modalità formative, anche a distanza, la formazione dei dipendenti dell'IRCCS.

Nel corso del 2020 e 2021 sono state messe a disposizione sul sito dell'IRCCS le procedure aziendali, i materiali didattici e i collegamenti ad altri siti ufficiali, a cui i professionisti accedevano e accedono al fine di ottenere informazioni ed indicazioni aggiornate. È stata inoltre garantita la formazione dei professionisti sulle tematiche specifiche del COVID-19, sulle modalità di trasmissione del virus SARS-CoV2, sulle skills e la relativa appropriatezza nell'utilizzo dei DPI, in relazione ai rischi a cui i singoli erano esposti oltre che alla modalità di esecuzione dei tamponi oro-naso-faringei per le diverse fasce di età.

Nel corso dei due anni sono riprese gradualmente, in base alle indicazioni normative, le attività formative in presenza, che hanno richiesto l'elaborazione di una procedura specifica *"Gestione dei corsi di formazione in presenza durante l'emergenza pandemica (Covid 19 e altre pandemie)"* al fine di fornire indicazioni operative per lo svolgimento in sicurezza delle attività formative e l'eventuale ripristino della formazione e-learning in via esclusiva, nel caso di una recrudescenza dei casi di Covid-19.

Come esplicitato dal Piano pandemico influenzale 2021-2023 *"occorre una formazione continua finalizzata al controllo delle infezioni respiratorie e non solo, in ambito ospedaliero e comunitario nonché in generale un rafforzamento della preparedness nel settore della prevenzione e controllo delle infezioni."*

Il ciclo della *preparedness* secondo la rappresentazione realizzata dal Centro Europeo per la Prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), si suddivide in tre fasi: anticipazione, risposta e recupero, ognuna delle quali è finalizzata alla promozione delle buone pratiche, all'interoperabilità e alle collaborazioni intersettoriali. Nella fase identificata come "risposta" trova un importante spazio la formazione in un'ottica di sviluppo continuo delle competenze.

L'obiettivo generale del Piano Pandemico Influenzale è rafforzare la *preparedness* nella risposta ad una futura pandemia influenzale a livello nazionale e locale, in modo da sviluppare un ciclo di formazione, monitoraggio e aggiornamento continuo del piano per favorire l'implementazione dello stesso e monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi.

Inoltre le Regioni stanno lavorando a dei Piani di formazione sulle infezioni ospedaliere per tutto il personale del SSR che è articolato nelle sue diverse componenti sulla base delle indicazioni nazionali, di cui all' Allegato 5 dell'Action Plan (*"missione 6 salute componente 2 2.2 b - indicazioni nazionali sulla strutturazione del programma del corso di formazione sulle infezioni correlate all'assistenza in ambito ospedaliero"*), tenendo in considerazione le peculiarità di ogni regione e i diversi setting. A tal proposito la regione FVG ha elaborato il Piano Straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere previsto dal PNRR, dove verranno indicati le tipologie dei corsi, le edizioni e il numero di personale da formare, assegnato ai diversi provider del SSR secondo specificità e caratteristiche delle aziende del SSR.

9.1 I FABBISOGNI FORMATIVI

Il CAF, in seguito all'emergenza epidemiologica e al fine di garantire la formazione a tutto il personale dipendente, nel corso del 2020 ha riorganizzato la pianificazione degli eventi, utilizzando principalmente la modalità e-learning (webinar, lezioni virtuali sincrone ed asincrone), attraverso l'utilizzo di piattaforme digitali.

Queste modalità sono divenute usuali, affiancando le più tradizionali attività residenziali in presenza e la formazione sul campo, che è stata utilizzata prevalentemente per attività di laboratorio e di addestramento.

I determinanti dei bisogni formativi possono essere rappresentati come una piramide inversa in cui all'apice ci sono gli obiettivi individuati dal Ministero della Salute, e a caduta quelli individuati dalle Regioni, le

Normative in tema di sicurezza, ecc. La rilevazione del fabbisogno formativo appena concluso, che ha coinvolto tutti i responsabili delle SC/SSD, Incarichi Organizzativi delle Piattaforme assistenziali e Incarichi Organizzativi di Coordinamento, nonché dei referenti della formazione delle strutture, ha tenuto conto delle indicazioni contenute nel DL 111 del 6 agosto 2021, in particolare l'art.1 c.2 lettere a) b) c) sull'obbligatorietà dell'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale respiratoria, sul mantenimento del distanziamento sociale e sull'assenza di sintomatologia ($TC < a 37.5^\circ$) ai fini della frequenza degli spazi didattici, misure confermate anche dal DL 24 del 24 marzo 2022 e della ridotta capienza degli spazi didattici a disposizione dell'IRCCS in relazione al rispetto del distanziamento sociale.

9.2 IL PIANO FORMATIVO ANNUALE DELL'IRCCS

L'IRCCS garantirà il coinvolgimento come provider, rispetto al Piano della formazione regionale 2022, declinando gli obiettivi formativi in funzione delle diverse fasi: inter pandemica, di allerta, pandemica e ai diversi livelli di responsabilità nella loro attivazione (regionale, aziendale).

I percorsi formativi previsti conducono verso interventi in grado di modificare i comportamenti professionali, sulla base dell'analisi delle prove di efficacia e in linea con quanto suggerito dalla letteratura più recente. Gli obiettivi specifici rappresentano, invece, il quadro di riferimento entro cui si dovranno sviluppare azioni a livello aziendale per il miglioramento continuo della qualità nelle sue dimensioni tecniche, gestionali e relazionali, in funzione dei cambiamenti sistemici in atto.

L'IRCCS inoltre garantirà tutta la formazione di competenza prevista dal Piano strategico regionale PANFLU.

9.3 ATTUALIZZAZIONE DELLE CONOSCENZE IN TEMA DI GESTIONE DELL'EMERGENZA

La dinamicità della situazione pandemica richiede un costante aggiornamento delle informazioni evidenziando l'importanza di una corretta gestione delle procedure clinico-assistenziali volte a contenere la pandemia in particolar modo negli aspetti di prevenzione delle infezioni e della trasmissione dei microrganismi. Tali aspetti fanno parte del know-how dei professionisti e degli operatori sanitari. Le attività formative garantite nel 2021 erano volte a garantire il consolidamento delle competenze acquisite e l'attualizzazione delle conoscenze secondo le evidenze più aggiornate.

Nel 2022 il PAF, anche in relazione al turn over del personale, prevede l'aggiornamento delle conoscenze/competenze in ambito clinico assistenziale, tecnico e laboratoristico, nonché sul corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale.

L'IRCCS, in relazione alle attività formative assegnate dal PFR garantirà anche quanto previsto dal Piano di formazione sulle infezioni ospedaliere per tutto il personale del SSR.