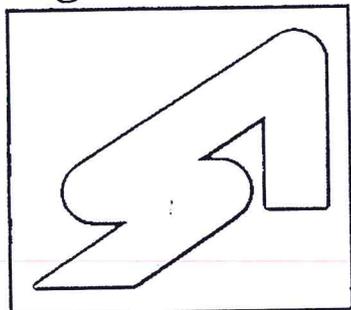


**PIANO AZIENDALE  
PER LA GESTIONE DELL'EMERGENZA CORONAVIRUS**

**Azienda Sanitaria  
Regionale Molise**

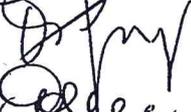
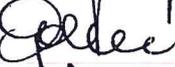


**ASREM**

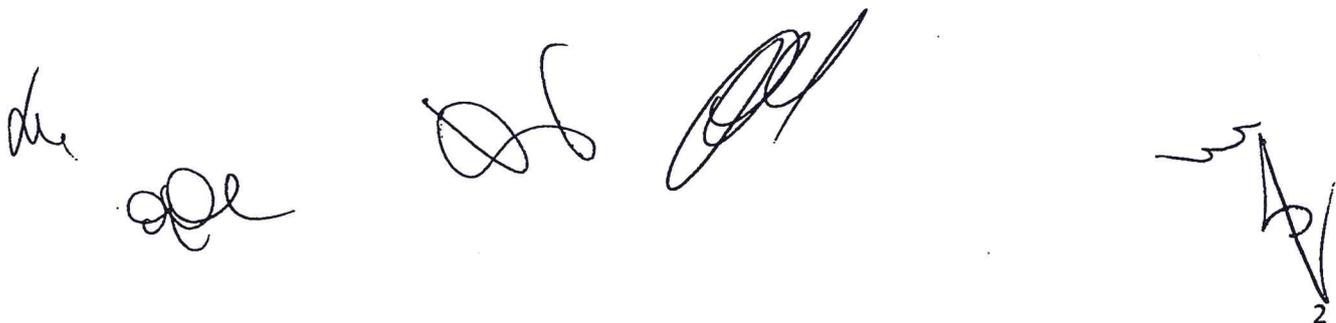
**Emergenza COVID-19  
Fase II**

**Linee di indirizzo aziendali per la ripresa delle  
attività sanitarie**

*f* *de* *de*  
*w* *de*  
1

Documento redatto da	Data redazione	Data Approvazione	Data Revisione	pag
Gruppo di lavoro Emergenza epidemiologica Covid 19 (DDg n.3 del 4.03.2020)	15/5/2020	15/5/2020		
Dott. G. De Marco 				
Dott. G. Giorgio 				
Dott.ssa G. Ruzzi 				
Dott.ssa P. Sabatini 				
Dott.ssa M.T. Sisto 				
Dott. F. Sforza				
<b>Distribuito in forma</b> <input type="checkbox"/> Cartacea <input type="checkbox"/> Informatica				
<b>A</b> Direzione Medica di Presidio-Direzione di Distretto-Direzioni di dipartimento Direzione di UU.OO. aziendali-Direzione Servizi Amministrativi-direzione servizi tecnici				
<b>SCOPO</b> fornire linee di indirizzo per la ripresa delle attività sanitarie e amministrative nelle strutture ASReM nel corso della fase 2 dell'emergenza COVID-19 secondo criteri e requisiti definiti ed omogenei su tutto l'ambito aziendale				
<b>Riferimenti normativi</b> <a href="http://www.governo.it/it/coronavirus-normativa">http://www.governo.it/it/coronavirus-normativa</a> <a href="http://www3.regione.molise.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/17083">http://www3.regione.molise.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/17083</a>				

Il presente documento è suscettibile di periodiche revisioni  
 in funzione dell'evoluzione della situazione epidemiologica e del quadro normativo



## Premessa

Con DDG n. 31 del 13.03.2020 è stato approvato il Piano Aziendale per la Gestione dell'Emergenza Coronavirus e con DDG n. 55 del 18.03.2020 il Piano Integrativo Organizzativo dei Posti Letto per l'Emergenza Covid-19. Inoltre, con DDG n. 48 del 16.03.2020 è stato approvato il documento relativo ai Percorsi operativi per la gestione emergenza Covid- 19.

Visto il livello di complessità assistenziale dei pazienti COVID 19 , il Piano Aziendale ospedaliero ha identificato ruoli diversificati per le diverse strutture aziendali , diverse fasi e livelli di attivazione progressiva di strutture di area critica in ragione dell'evoluzione dell'emergenza e sulla base del possibile numero di pazienti Covid+ ricoverati.

La struttura sanitaria individuata per la presa in carico e gestione dei casi sospetti e accertati di pazienti affetti da infezione da COVID-19 è il PRESIDIO OSPEDALIERO A. CARDARELLI dotato di posti letto dedicati e del laboratorio analisi di riferimento per l'esecuzione dei test diagnostici.

Per le altre strutture aziendali sono stati predisposti specifici e differenziati piani di rimodulazione organizzativa, e le attività ambulatoriali ed in regime di ricovero, in urgenza ed elezione sono state regolamentate con specifiche disposizioni.

Con il DPCM del 26 Aprile 2020, a partire dal 4 maggio, è stata disposta, per la cosiddetta Fase2, la parziale riapertura delle attività produttive, comprese quelle relative al sistema sanitario pubblico e privato sospese in ragione della necessità di focalizzare le risorse sulla gestione della fase acuta dell'emergenza.

La revoca delle sospensione delle attività cliniche di cui all'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale N. 27 del 02-05-2020 ad Oggetto: Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19. Ordinanza ai Sensi Dell'art. 3, Comma 2, del Decreto-Legge 25 Marzo 2020, N. 19, prevede step graduali e progressivi di implementazione, tali da consentire un efficace monitoraggio real time dei potenziali effetti dell'allentamento del lockdown o sullo scenario epidemiologico regionale e sul SSR.

Il modello nazionale di allentamento delle misure restrittive della Fase 1 dell'emergenza è calibrato su indicatori su base regionale, che tengono conto del potenziale stress della riapertura sul sistema

 3

sanitario e che consentano al governo centrale di monitorare gli effetti dell'allentamento del lockdown ed intervenire tempestivamente in caso di comparsa di nuovi focolai epidemici.

Il passaggio dalla fase epidemica alla fase 2 implica che le istituzioni siano in grado di diagnosticare, trattare e isolare i casi di COVID-19 e i loro contatti.

Le misure da prendere in fase due sono finalizzate a ridurre al minimo l'ampiezza delle possibili ondate epidemiche, anche in considerazione del fatto che i soggetti suscettibili sono ancora in grande maggioranza nella popolazione italiana.

I criteri da valutare per la fase di transizione nella gestione COVID-19 in Italia, prevedono, tra l'altro :

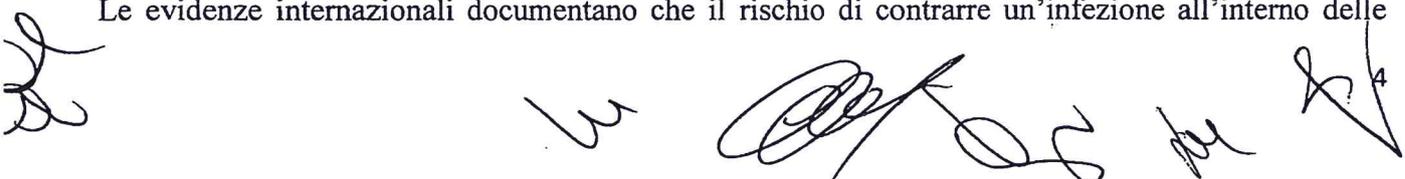
1. mantenimento di un numero di nuovi casi di infezione da SARS-CoV-2 stabile ovvero un aumento limitato nel numero di casi nel tempo e nello spazio, che possa essere indagato in modo adeguato e contenibile con misure di controllo locali;
2. mantenimento o riduzione del numero di casi di trasmissione in strutture che ospitano popolazioni vulnerabili (cluster in ospedali, RSA, altre strutture assistenziali, case di riposo ecc.) e assenza di segnali di sovraccarico dei servizi sanitari.

Particolare attenzione, quindi viene dedicata a nuovi focolai all'interno delle strutture sanitarie, che rappresentano una delle principali aree target del monitoraggio ministeriale, per un periodo temporale in cui la curva epidemiologica e l'impegno di risorse sanitarie non sono completamente prevedibili.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità(OMS indica le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA - HAI nella terminologia anglosassone) come l'evento avverso più frequente durante l'erogazione di prestazioni e servizi sanitari, con un trend epidemiologico in progressione e un impatto clinico ed economico rilevante con conseguente aumento di costi diretti e indiretti, dovuti ad un prolungamento della durata della degenza, della disabilità a lungo termine e della mortalità. Le ICA interessano prevalentemente i pazienti, ma includono anche quelle che si sviluppano fra il personale sanitario, gli studenti, il personale volontario ed i visitatori.

Le evidenze internazionali documentano che il rischio di contrarre un'infezione all'interno delle

Allegato 3 - Copia Documento



strutture sanitarie rappresenta un fenomeno prevedibile trattandosi di una delle più comuni complicanze legate alla degenza presso una struttura sanitaria.

Agire sui fattori modificabili può rappresentare l'arma vincente contro le ICA, ma è necessario un approccio omogeneo, integrato e coordinato all'interno delle strutture sanitarie.

Tutte le strutture sanitarie devono essere preparate alla gestione dell'implementato rischio infettivologico legato all'emergenza COVID 19.

Si è resa pertanto necessaria la tempestiva predisposizione di adeguate ed omogenee linee di indirizzo, in grado di consentire il contenimento del rischio di contagio per utenti e per operatori sanitari e la comparsa di cluster epidemici da COVID 19 all'interno di tutte le strutture sanitarie aziendali interessate nei processi di erogazione delle prestazioni.

I percorsi organizzativi e assistenziali, le caratteristiche logistiche ed organizzative degli spazi assistenziali e l'articolazione giornaliera e settimanale delle diverse attività sanitarie e amministrative all'interno di ogni singola struttura aziendale, devono essere adeguati alle nuove indicazioni normative relative al distanziamento sociale e alla prevenzione del rischio contagio

Questa azienda Sanitaria Regionale, con PDG n.3 del 4/3/2020 ha costituito il GRUPPO DI LAVORO AZIENDALE PER LA EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA COVID-2019.

Il GDL, valutate Linee guida, raccomandazioni, procedure operative e best practice organizzative nazionali ed internazionali sulla programmazione delle azioni di Fase 2, orientate all'identificazione precoce dei casi sospetti ed al contenimento del rischio di trasmissione dell'infezione in ambiti destinati all'assistenza, in aderenza alle normative vigenti, ha redatto il presente documento.

Inoltre è stata predisposta specifica Check-list di autovalutazione del grado di implementazione di misure di contenimento del rischio presso ciascuna struttura/UO/servizio aziendale.

dh  
f. [signature] [signature]  
u [signature]  
[signature]  
[signature]  
5

## MISURE GENERALI E SPECIFICHE DI CONTENIMENTO DEL RISCHIO CONTAGIO

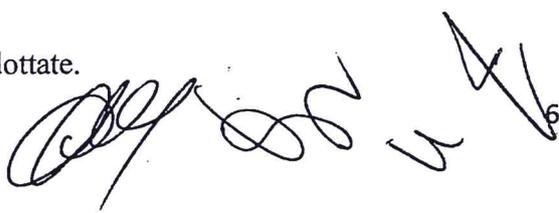
Nella FASE II, presso tutte le strutture aziendali, deve essere predisposto e formalizzato, in conformità alle norme ed alle Linee guida, il **PIANO PER LA GESTIONE DELLA FASE II EMERGENZA COVID19** specifico per ogni struttura/U.O, in cui siano indicati i nominativi, le qualifiche e informazioni di contatto di:

- responsabile struttura,
- referente per la prevenzione ed il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza incluso il COVID 19,
- referente rischio clinico (ex L.24/2017),
- referente sicurezza (ex Dl.81/2008).

Le **misure GENERALI** prevedono un rafforzamento dei programmi e dei principi fondamentali di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).

Nel contesto dell'epidemia di COVID-19, inoltre, dovrà essere documentato che presso la struttura/UO sono state predisposte e poste in essere le più idonee ed efficaci **MISURE SPECIFICHE** di prevenzione e controllo della trasmissione dell' infezione da virus SARS COV-2, ed in particolare .:

- l'identificazione precoce di casi sospetti tra i visitatori, gli operatori e i pazienti
- la restrizione dall'attività lavorativa per gli operatori sospetti o risultati positivi al test per SARS-CoV-2 in base alle disposizioni vigenti
- la formazione del personale sanitario e di assistenza, compresi gli addetti alle pulizie, per la corretta adozione di precauzioni standard e specifiche per prevenire e controllare le infezioni, compresa quella da SARS COV-2
- l'utilizzo di promemoria visivi come poster, cartelli, volantini sull'igiene delle mani, sul distanziamento sociale e altre precauzioni, nonché sulla necessità di monitorare il proprio buono stato di salute
- la preparazione della struttura alla gestione di eventuali casi di COVID-19 sospetti o probabili/confermati
- il monitoraggio attivo dell'insorgenza di febbre e altri segni e sintomi di infezione o di insufficienza respiratoria e di altri fattori di rischio, ad esempio il contatto con casi di COVID-19 nella struttura
- il controllo dell'implementazione delle misure adottate.



Presso ogni struttura/UO/servizio, dovrà pertanto essere formalmente documentata :

1. L'adozione di protocolli di controllo delle infezioni in cui sono definite le **precauzioni standard** , compreso le modalità di lavaggio delle mani da parte del personale raccomandate per l'assistenza di tutti i pazienti ed operatori , a prescindere dalla diagnosi di malattia infettiva e dalla potenziale contagiosità dall'agente eziologico nonché delle **precauzioni specifiche** per la prevenzione della trasmissione delle infezioni per **via aerea, per droplets e da contatto**, indicate per il virus SARS-COV2.
2. Il rigoroso rispetto delle **norme sul distanziamento sociale**, sul **divieto di assembramento** in particolare nelle sale d'attesa degli ambulatori e delle aree di degenza e nelle aree aperte al pubblico, nonché l'obbligo di indossare idonei dispositivi di protezione da parte dell'utente esterno, degli accompagnatori e del personale. Deve essere garantita la disponibilità di igienizzante per mani a base di alcool nelle aree frequentate e, in quelle adibite ad attività assistenziali ed in quelle adibite ad attività amministrative.
3. Il mantenimento dell'attuale modello organizzativo aziendale che prevede **accessi** alle strutture sanitarie separati a seconda del tipo di utente/operatore , della finalità di accesso e delle attività/prestazioni che deve svolgere/fruire, prevedendo **percorsi interni differenziati** per personale, visitatori , pazienti esterni, mezzi 118, fornitori esterni. All'Access Point, la persona in ingresso dovrà: farsi misurare la temperatura corporea, lavarsi le mani con acqua e sapone oppure con gel alcolico, rispondere al questionario di ingresso (distanza di almeno 1 metro dall'operatore) 
4. Il **divieto di accesso agli accompagnatori**. E' consentito l'accesso ad un solo accompagnatore per i minori, disabili, utenti fragili, non autosufficienti e persone con difficoltà linguistiche-culturali.
5. La presenza di apposita **cartellonistica** e materiale informativo per la corretta identificazione dei percorsi. 
6. L'**accesso** scaglionato e **regolamentato** alle strutture sanitarie, prevalentemente previa prenotazione, sia per le prestazioni sanitarie che per quelle amministrative, privilegiando prioritariamente le attività da remoto. 
7. Il mantenimento dell'attuale modello organizzativo aziendale che prevede una postazione di **pre-triage** in prossimità di ciascun PS aziendale e l'istituzione di analoghe postazioni con funzione di screening/pre- triage presso tutte le altre strutture aziendali, per l'identificazione precoce degli utenti e personale sanitario e assistenziale nel caso in cui presentino febbre o sintomi da infezione respiratoria. In tali circostanze sarà vietato



l'accesso alla struttura sanitaria.

8. L'adozione di strumenti per consentire la **comunicazione a distanza** tra pazienti e familiari e tra familiari e personale sanitario (es.: videochiamate tramite cellulari o tablet) e presenza di dei protocolli che indichino come gestire situazioni particolari in cui il divieto all'ingresso è sospeso (es.: situazioni di fine vita)
9. La **separazione logistica** presso ogni struttura dei **percorsi** dei pazienti **ambulatoriali** e diurni dai percorsi dei pazienti acuti che necessitano di una **degenza ordinaria**.
10. La **delocalizzazione delle aree dedicate alle attività ambulatoriali** che, ove possibile, dovranno essere preferenzialmente collocate al piano terra e collegate funzionalmente con l'esterno, mantenendo attiva la funzione di pre-triage, anche telefonico prima dell'accesso dei pazienti.
11. Tutte le prenotazioni devono essere suddivise per **classe di priorità**.
12. **Calendarizzazione** appropriata degli **accessi ambulatoriali**, ivi compresi quelle relativi alle richieste non soddisfatte durante la Fase I dell'emergenza. Dovrà essere sempre prevista una preliminare rivalutazione delle liste attraverso il pre-triage telefonico e gli accessi saranno regolamentati sulla base di una chiara e netta suddivisione dei flussi, identificando due tipologie di pazienti, ovvero quelli di primo accesso (definito come primo contatto del cittadino con le strutture del SSN per un dato problema clinico) e quelli di secondo accesso (visita o prestazione di approfondimento diagnostico per pazienti presi in carico dallo specialista, controlli e follow up). Per la programmazione dell'attività ambulatoriale andranno privilegiate le modalità erogazione di prestazioni a distanza (mediante telefono, videochiamata, videoconferenza, ecc.), specialmente per quanto attiene le visite di controllo, l'aggiornamento dei piani terapeutici, il follow-up. A tal fine è obbligatoria, sulla richiesta di prestazione, l'indicazione della tipologia d'accesso, della classe di priorità e del quesito diagnostico. In caso di presa in carico da parte dello specialista va garantita la contemporaneità della prescrizione e della prenotazione contestuale delle prestazioni successive alla prima senza rinviare il paziente al MMG.
13. Elaborazione di un **Piano di recupero dell'offerta** attraverso la rimodulazione delle giornate e degli orari di svolgimento dell'attività sanitaria, tale da garantire la possibilità di esecuzione delle prestazioni ambulatoriali anche negli orari pre-festivo, festivo e serale, in funzione delle risorse disponibili.
14. La **centralizzazione delle attività di pre-ospedalizzazione** in area possibilmente collocata al piano terra e collegata funzionalmente con l'esterno. Il Direttore di ciascuna Unità

Operativa è responsabile della pianificazione dei ricoveri programmati nel rispetto dei principi di uguaglianza ed imparzialità e della gestione delle liste di attesa per i ricoveri in elezione distinti per i ricoveri ordinari e quelli in DH e DS per classe di priorità secondo i criteri del PNLG.

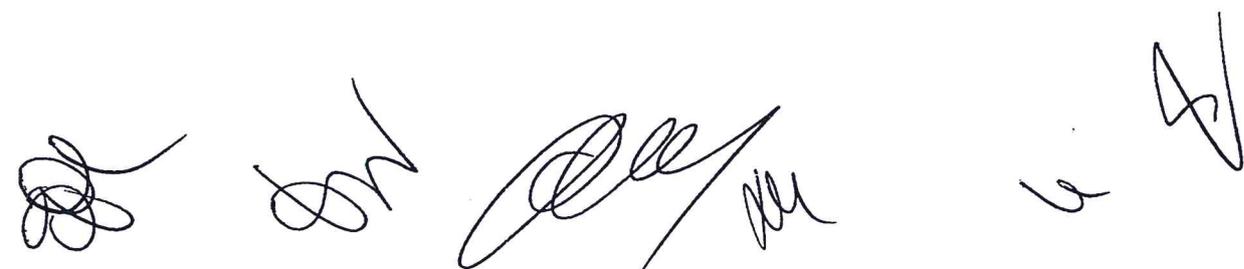
15. Il **divieto** per gli accompagnatori dei pazienti **di permanere nelle sale di attesa** dei dipartimenti emergenze e accettazione e dei pronto soccorso (DEA/PS), salvo specifiche diverse indicazioni del personale sanitario preposto.
16. **L'ESECUZIONE DEL TEST PER LA RICERCA DEL SARS-COV-2 A TUTTI I PAZIENTI CHE NECESSITINO DI RICOVERO ED A TUTTI I PAZIENTI IN DIMISSIONE DA INDIRIZZARE AD ALTRI SETTING ASSISTENZIALI.**
17. L'implementazione della disponibilità di aree adibite alla "sosta prolungata" denominate "**area grigia pronto soccorso**" dei pazienti in attesa di completamento dell'iter diagnostico terapeutico.
18. Allestimento ed attivazione di area , detta "**area grigia ricovero**", e percorsi logistico-organizzativi che consentano il massimo isolamento possibile dei pazienti RICOVERATI in regime di urgenza in attesa del referto del test molecolare per la ricerca del SARS-COV". La suddetta area dovrà essere dotata di stanze singole provviste di servizi igienici e di requisiti strutturali tali da garantire l'adozione di percorsi interni sporco-pulito e zone filtro per la vestizione-svestizione del personale. Dovrà inoltre essere garantita la disponibilità di equipe infermieristica dedicata H24. La gestione clinica del paziente è garantita dal personale di turno afferente alla UO di competenza nosologica, presso cui, all'esito negativo dei test, verrà disposto il trasferimento.
19. Il mantenimento dell'attuale modello organizzativo che prevede la disponibilità di stanza singola ("**area grigia U.O.**") dotata di servizi igienici presso ogni UO.OO. ospedaliera da destinare al ricovero in sicurezza di pazienti in situazioni di emergenza/urgenza ( patologie tempo-dipendenti, travaglio di parto ...) anche in assenza del referto del test molecolare per la ricerca del virus SARS-COV-2.
20. La puntuale adozione delle **procedure** atte a garantire l'adeguatezza e l'efficienza dell'attività di **pulizia , sanificazione, disinfezione e sterilizzazione degli ambienti e materiali, smaltimento dei rifiuti, modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria, uso dei disinfettanti.**
21. Specifici programmi di **formazione** e di educazione per il personale sanitario e assistenziale, con particolare riferimento ai contenuti specifici del Piano e all'uso dei

F u

 9 

dispositivi di protezione individuale;

22. Specifico **protocollo di protezione** che comprenda una valutazione medica e l'esecuzione periodica di test adeguati del personale sanitario e assistenziale.
23. Il monitoraggio dei livelli di **approvvigionamento** di materiali, farmaci, DPI e presidi per la disinfezione/sanificazione delle strutture sanitarie secondo il protocollo aziendale.
24. Specifico protocollo per la **gestione delle salme**.

The bottom of the page contains several handwritten signatures and initials in black ink. From left to right, there is a large, stylized signature, a smaller signature, a signature with a diagonal slash, and a signature with a large 'S'.