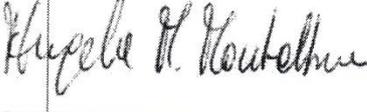
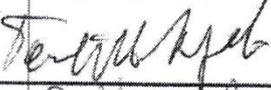
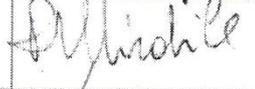
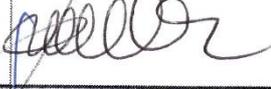
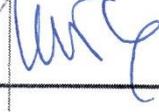


Procedura per L'ATTIVAZIONE DEL PIANO PANDEMICO

	Nome/Funzione	Data	Firma
Redazione	Dott. F. Belbruno Direttore UOC Epidemiologia e statistica sanitaria	22-12-23	
	Dott. P. Mirabile Dirigente UOS Qualità e Rischio Clinico	22/12/2023	
Verifica	Dott.ssa A. Montalbano Direttore medico PP.OO. Enna e Leonforte	22.12.23	
	Dott. M Condorelli Direttore medico P.O. Nicosia	22/12/23	
	Dott.ssa M.R. Politi Direttore medico P.O. Piazza Armerina	22 dic 2023	
	Dott. A. Tantillo Direttore medico P.O. Nicosia	22/12/23	
Verifica formale	Dott. P. Mirabile Dirigente UOS Qualità e Rischio Clinico	22/12/2023	
Approvazione	Dott. E. Cassarà Direttore Sanitario Aziendale	27/12/23	
Adozione	Dott. F. Iudica Commissario Straordinario ASP Enna	28.XI.23	

Sommario

Sommario	2
Premessa	3
1.	Scopo3
2.	Campo di applicazione.....3
3.	Scheda di registrazione delle modifiche.....3
4.	Definizioni ed acronimi.....3
5.	Descrizione delle attività4
6.1	Attivazione del piano pandemico aziendale.....4
6.2	Attività da organizzare durante la fase di allerta4
6.3	Attività da organizzare durante la fase Pandemica5
6.	Allegati6
7.	Lista di distribuzione.....6

Premessa

L'Asp di Enna ha emanato, con Delibera n° 123362 del 06-12-2022, il Piano pandemico aziendale. Questo piano, in coerenza con le indicazioni nazionali e regionali, è pensato per guidare tutto il personale nelle azioni da effettuare in caso di pandemie di patologie ad alta diffusione.

Al fine di una rapida attivazione del Piano stesso, l'Asp di Enna ha codificato le modalità iniziali di attivazione.

1. Scopo

L'obiettivo del Piano è quello di rafforzare la preparazione alla pandemia a livello nazionale e locale, in modo da:

1. identificare, confermare e descrivere rapidamente casi di influenza causati da nuovi sottotipi virali, in modo da riconoscere tempestivamente l'inizio della pandemia.
2. minimizzare il rischio di trasmissione e limitare la morbosità e la mortalità dovute alla pandemia.
3. ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali e assicurare il mantenimento dei servizi essenziali.
4. assicurare una adeguata formazione del personale coinvolto nella risposta alla pandemia.
5. garantire informazioni aggiornate e tempestive per i decisori, gli operatori sanitari, i media e il pubblico.

2. Campo di applicazione

La procedura deve essere applicata da tutti gli operatori, non appena la catena di comando attiva il piano.

3. Scheda di registrazione delle modifiche

DATA	REVISIONE (REV.)	DESCRIZIONE
20/12/2023	0.0	Prima Emissione

4. Definizioni ed acronimi

Precauzioni Standard Misure da adottare per la prevenzione del rischio infettivo nell'assistenza a tutti i pazienti

ICA: Infezioni Correlate Assistenza

OMS: Organizzazione Mondiale della Salute

CIO: Comitato infezioni ospedaliere

5. Descrizione delle attività

6.1 Attivazione del piano pandemico aziendale

Di seguito viene descritta la catena di comando che ha tra i suoi compiti la convocazione dei direttori dei dipartimenti per la gestione del Piano Operativo Locale, al fine di attivare le azioni previste.

Unità di Crisi

L'Unità di Crisi è costituita dalla Direzione Strategica (il coordinamento organizzativo è affidato al Direttore Sanitario), dai Direttori dei Dipartimenti, dai Direttori/Responsabili di Strutture e viene attivata a partire dalla fase di allerta, sino alla fase di transizione.

Il Direttore Sanitario, in occasione di:

- a) Dichiarazione di stato pandemico da parte dell'OMS e dal Consiglio dei ministri;
- b) In presenza di un'allerta pandemica da parte dell'OMS, qualora si presentino, presso le strutture aziendali, uno o più situazioni cliniche di pazienti rispondenti ai criteri vigenti per la definizione di caso relativo alla patologia emergente (ad es. pazienti di ritorno da aree a rischio per la patologia);

convoca l'Unità di Crisi per l'avvio delle azioni previste dal piano e secondo le indicazioni regionali e le necessità, definisce il calendario degli incontri.

Se ritenuto necessario o se imposto dall'autorità, viene attivato il Piano pandemico per le funzioni non inserite nell'Unità di crisi.

6.2 Attività da organizzare durante la fase di allerta

L'identificazione di un nuovo ceppo emergente nell'uomo comporta la definizione di contatto e contatto stretto rispetto alle caratteristiche di trasmissione dell'agente patogeno.

Come azione preliminare di prevenzione, anche in attesa di conoscere le specifiche del patogeno stesso, devono essere adottate tutte le misure precauzionali mirate al rallentamento della diffusione come:

- Utilizzo di mascherine, guanti o altri DPI di 1a categoria (**Manuale delle Procedure PanFlu [pag. 86 e segg.](#); [pag. 122 e segg.](#); [pag. 124](#)**);
- Distanziamento interpersonale (**Manuale delle Procedure PanFlu [pag. 81 e segg.](#), [pag. 89](#); [pag. 127 e segg.](#)**);
- Separazione delle entrate dalle uscite
- Contingentamento degli spazi comuni (**Manuale delle Procedure PanFlu [pag. 90 e segg.](#); [pag.123 e segg.](#)**);
- Attivazione del lavoro agile, con incentivazione dello *smart working* e riduzione progressiva delle attività in presenza laddove possibile

Appena possibile devono poi essere individuate le strategie di screening da effettuare prima in tutte le categorie identificate a rischio, e sulla base dei risultati devono essere definiti i criteri di quarantena e di isolamento, laddove:

- La quarantena si riferisce alla restrizione dei movimenti di persone per la durata del periodo di incubazione, in ragione del fatto che potrebbero essere state esposte ad un agente infettivo - L'isolamento si riferisce invece ai casi accertati positivi ai test di screening, che devono separarsi dalla comunità ed evitare in tutti i modi la trasmissione dell'infezione.

È indicata la creazione di Task Force specifiche di settore per monitorare l'andamento statistico dei nuovi casi, creare un sistema di tracciamento ed eventualmente formulare istruzioni operative specifiche; le Task Force istituite vengono coordinate dall'Unità Sanitaria di Crisi.

Deve essere aggiornato il **documento aziendale di valutazione dei rischi** sulla base delle misure specifiche anticontagio verso il nuovo patogeno, deve essere incentivata la formazione specifica del personale e devono essere attivate procedure specifiche per il rapido approvvigionamento e l'adeguata fornitura dei Dispositivi di Protezione Individuale necessari.

6.3 Attività da organizzare durante la fase Pandemica

Questa fase è caratterizzata da un'aumentata e prolungata trasmissione del patogeno nella popolazione generale.

A seconda del livello di contagio, è possibile identificare all'interno di questa **fase 4 possibili scenari**:

- 1. ZONA BIANCA:** in uno scenario di questo tipo è presumibile che la Regione, o il territorio singolo interessato mantenga l'incidenza settimanale dei contagi inferiore a 50 casi ogni 100.000 abitanti per tre settimane consecutive, oppure, se è superiore ai 50 casi, mantenga un tasso di occupazione dei posti letto in area medica uguale o inferiore al 15% o il tasso di occupazione dei posti letto in terapia intensiva uguale o inferiore al 10%.
- 2. ZONA GIALLA:** in uno scenario di questo tipo è presumibile che la Regione, o il territorio singolo interessato mantenga l'incidenza settimanale dei contagi inferiore a 150 casi ogni 100.000 abitanti per tre settimane consecutive, oppure, se è superiore ai 150 casi, mantenga un tasso di occupazione dei posti letto in area medica uguale o inferiore al 30% o il tasso di occupazione dei posti letto in terapia intensiva uguale o inferiore al 20%.
- 3. ZONA ARANCIONE:** in uno scenario di questo tipo è presumibile che la Regione, o il territorio singolo interessato rilevi l'incidenza settimanale dei contagi superiore a 150 casi ogni 100.000 abitanti per tre settimane consecutive, e il verificarsi di un tasso di occupazione dei posti letto in area medica superiore al 30% associato a un tasso di occupazione dei posti letto in terapia intensiva superiore al 20%.
- 4. ZONA ROSSA:** in uno scenario di questo tipo è presumibile che la Regione, o il territorio singolo interessato rilevi l'incidenza settimanale dei contagi superiore a 150 casi ogni 100.000 abitanti per tre settimane consecutive, e il verificarsi di un tasso di occupazione dei posti letto in area medica superiore al 40% associato a un tasso di occupazione dei posti letto in terapia intensiva superiore al 30%.

I criteri di viraggio da uno scenario a un altro sono soggetti a modifiche rispetto al tipo di patogeno, alla sua epidemiologia e alla sua capacità di diffusione.

Oltre alle misure preventive previste nella fase di allerta, devono essere ipotizzati nel configurarsi degli **scenari 1 e 2**:

- L'implementazione delle tele-visite ([Manuale delle Procedure PanFlu pag. 114 e segg.](#))
- La possibilità di prenotazione di esami e visite direttamente dal portale aziendale e/o regionale ([Manuale delle Procedure PanFlu pag. 83 e segg.](#); [pag. 119 e segg.](#); [pag. 121 e segg.](#))
- L'implementazione della rete di visita territoriale con l'allerta delle UCA ([Manuale delle Procedure PanFlu pag. 112 e segg.](#); [pag. 116 e segg.](#))
- **La limitazione all'accesso alle strutture sanitarie per tutte le persone con temperatura superiore a 37.5 °C** ([Manuale delle Procedure PanFlu pag. 86 e segg.](#))
- **La creazione di un pre-triage presso tutti i PS/DEA in grado di individuare pazienti con sintomatologia riconducibile al patogeno emergente** ([Manuale delle Procedure PanFlu pag. 130](#))

- La separazione dei percorsi all' interno delle strutture sanitarie, RSA e RSD ([Manuale delle Procedure PanFlu pag. 77 e segg.](#))
- Il potenziamento delle attività di screening e di Contact Tracing da parte del Dipartimento di Prevenzione ([Manuale delle Procedure PanFlu pag. 116; pag. 118 e segg.](#))
- L'attivazione dell'isolamento dei pazienti nelle UU.OO. competenti per patologia, secondo il modello a bolle o nuvole adottato dal presidio ospedaliero ([Manuale delle Procedure PanFlu pag. 130](#))

Nel caso si verifichi uno **scenario tipo 3 o tipo 4**, oltre a quanto ipotizzato per la gestione delle fasi iniziali della pandemia, per ridurre al minimo la diffusione del contagio, per ampliare al massimo la capacità ricettiva e la capacità di ricovero degli ospedali dovrebbero essere prese in considerazione:

- La progressiva riduzione delle attività ambulatoriali programmate([Manuale delle Procedure PanFlu pag. 116 e segg.](#))
- Il potenziamento delle attività assistenziali connesse con la diagnosi e il trattamento clinico del patogeno pandemico [Manuale delle Procedure PanFlu pag. 116](#)
- La progressiva rimodulazione delle attività assistenziali non indispensabili([Manuale delle Procedure PanFlu pag. 116 e segg.](#))
- La progressiva riorganizzazione dei setting
- La rapida assunzione di personale aggiuntivo: per il reclutamento del personale saranno utilizzate tutte le modalità previste dalla normativa nazionale e regionale e dalle disposizioni Ministeriali ed Assessoriali [Manuale delle Procedure PanFlu pag. 22](#)
- Il convenzionamento con strutture private accreditate [Manuale delle Procedure PanFlu pag. 116](#)
- Il progressivo inasprimento delle misure di distanziamento fino alla proibizione delle visite e delle attività non essenziali per tutte le strutture a impronta sociale, socio-sanitaria o sanitaria. [Manuale delle Procedure PanFlu pag. 86 e segg.](#)
- La conversione, se necessaria, delle strutture maggiormente colpite dal contagio in strutture a gestione esclusiva dell'agente pandemico.

Ognuna delle azioni descritte può essere presa in considerazione e attuata a prescindere dal tipo di scenario individuato, qualora se ne ravveda la necessità.

6. Allegati

Non previsti

7. Lista di distribuzione

- Tutte le UU.OO. dell'ASP di Enna

APPENDICE

MANUALE DELLE PROCEDURE E DEI PROTOCOLLI PANFLU

- Procedura di sanificazione e disinfezione, pag. 77

1. L'operatore giunto nell'area di sanificazione presenti presso i PP.OO. dell'ASP di Enna introduce il mezzo nel tunnel dedicato, **apre gli sportelli anteriori, il portellone laterale ed i portelloni posteriori dell'automezzo, esce dal tunnel e chiude l'ingresso dello stesso.**

Successivamente l'operatore aziona il dispositivo che attiva la sanificazione.

Non appena ha inizio il processo di sanificazione del mezzo, **nella parte superiore dell'ingresso del tunnel si accenderà una luce semaforica di colore rosso, la stessa indica che le procedure di sanificazione sono in corso.**

La sanificazione del mezzo ha una durata di circa 4 (quattro) minuti, **è necessario attendere che nella parte superiore dell'ingresso del tunnel si accenda la luce verde, quest'ultima indica la conclusione della sanificazione e consente di poter aprire il tunnel e riprendere il mezzo;**

2. durante l'effettuazione della sanificazione del mezzo, gli operatori, uno per volta, entreranno nel tunnel di sanificazione dedicato al personale e si avvieranno verso l'uscita tenendo le braccia aperte e ruotando velocemente su sé stessi. La sopradescritta procedura di decontaminazione precauzionale della tuta e degli altri D.P.I. indossati ha una durata di circa 7/8 secondi, la stessa ha l'obiettivo di abbattere quanto più possibile la potenziale presenza di agenti contaminanti dai dispositivi di protezione individuale.

Completata la decontaminazione precauzionale dei D.P.I., il personale si avvierà verso il percorso di svestizione, avendo cura di sanificare i dispositivi di protezione individuale riutilizzabili, di effettuare la svestizione rispettando il percorso sporco/pulito indicato e di riporre i D.P.I. monouso negli appositi contenitori per i rifiuti speciali.

Seguire la procedura seguente durante la rimozione dei DPI secondo la sequenza operativa di seguito indicata:

- a. rimuovere il camice monouso e smaltirlo nel contenitore;
- b. rimuovere il primo paio di guanti e smaltirlo nel contenitore;
- c. rimuovere gli occhiali e sanificarli (se non sono a perdere);
- d. rimuovere la maschera FFP3/FFP2 maneggiandola dalla parte posteriore e smaltirla nel contenitore;
- e. rimuovere il secondo paio di guanti arrotolandoli dal polso;
- f. praticare l'igiene delle mani con soluzione alcolica o acqua e sapone.

- Misure Generali e Specifiche per il contenimento CoViD-19 - Modalità operative attività assistenziali, pag. 81

La diffusione del contagio dipende dalla probabilità che le persone hanno di entrare in contatto con i virus emessi da soggetti malati o portatori sani.

Le misure generali prevedono un rafforzamento dei programmi e dei principi fondamentali di prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), fra le principali: igiene delle mani, corretto uso di dispositivi di protezione individuale (DPI), etichetta respiratoria (specifici comportamenti da mettere in atto per tenere sotto controllo il rischio di trasmissione di microrganismi, da persona a persona, ad esempio: proteggere la bocca e il naso durante starnuti o colpi di tosse utilizzando fazzoletti di carta o, starnutire o tossire nel gomito), disinfezione e pulizia delle superfici ambientali, distanziamento interpersonale.

Le misure specifiche messe in atto nelle strutture che svolgono attività assistenziali in un contesto di epidemia come quella di CoViD-19 sono:

- vaccinazione di tutto il personale;
- *screening* per l'identificazione precoce di casi sospetti di COVID-19 tra i visitatori, i *caregivers*, gli operatori e i pazienti;
- controllo degli accessi di fornitori, consulenti e informatori scientifici;
- restrizione dall'attività lavorativa degli operatori sospetti o risultati positivi al *test* per SARS-CoV-2 in base alle disposizioni vigenti;
- distanziamento sociale e riduzione delle occasioni di aggregazione;
- formazione del personale per la corretta adozione delle precauzioni *standard* e procedure d'isolamento;
- sensibilizzazione e promemoria per promuovere comportamenti corretti;
- scelta dei DPI e corretto utilizzo;
- incremento delle attività di pulizia ambientale;
- distributori di soluzione alcolica;
- rilevazione della temperatura corporea mediante termo-scanner posti agli ingressi;
- preparazione della struttura alla gestione di eventuali casi di CoViD-19 sospetti o probabili/confermati.

Attività di screening e di controllo degli accessi - Attività sanitaria programmata, pag. 83

L'accesso in ospedale può avvenire solo previa prenotazione telefonica.

Le prenotazioni possono riguardare prestazioni ambulatoriali e ricoveri.

Per entrambe le tipologie di prestazioni, al momento della prenotazione, viene effettuato uno screening telefonico volto all'individuazione dei sintomi che possono determinare la classificazione del paziente come "caso sospetto" secondo la definizione del Ministero della Salute (Scheda di Sorveglianza CoViD-19).

Lo *screening* telefonico è ritenuto accettabile se effettuato entro 5 giorni dalla data della prenotazione.

La prenotazione viene inserita in agenda solo in caso di esclusione di possibile caso sospetto.

Il personale addetto contatterà il paziente il giorno prima della data prevista per l'accesso in struttura, al fine di aggiornare lo *screening* telefonico. Al paziente negativo sarà confermato l'appuntamento.

Il paziente sospetto positivo sarà invitato a non recarsi in struttura e a contattare il proprio MMG ai fini dell'esecuzione dei test previsti. In tal caso, il ricovero o la prestazione ambulatoriale sarà rinviato a data da destinarsi anche in funzione degli esiti dei test CoViD-19.

Accesso visitatori, pag. 86

Caregivers e visitatori rientrano nella categoria di soggetti la cui limitazione all'accesso è fortemente raccomandata. A tale riguardo giova citare il DPCM 04/03/2020 Art. 1 Comma 1 lettera m) che cita testualmente "l'accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità e lungo degenza, residenze sanitarie assistite (RSA) e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non, **è limitata ai soli casi indicati dalla Direzione Sanitaria della struttura**, che è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione".

A tal proposito si disporrà la sospensione dei comuni orari di visita.

Inoltre:

- l'accesso di parenti e visitatori è limitato ai soli casi autorizzati dalla Direzione Sanitaria, che può autorizzare il Medico ad accompagnare il visitatore nella stanza di degenza del paziente. È comunque fatto divieto al visitatore di avvicinarsi al letto del paziente;
- le persone autorizzate dovranno comunque essere in numero limitato e osservare tutte le precauzioni raccomandate per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2. È assolutamente necessario impedire l'accesso a persone che presentino sintomi di infezione respiratoria acuta, anche di lieve entità, o che abbiano avuto un contatto stretto con casi di CoViD-19 sospetti o confermati negli ultimi 14 giorni;
- i colloqui con i parenti e il personale medico, finalizzati all'aggiornamento dello stato di salute del paziente, avvengano tramite contatto telefonico e a tal fine deve essere acquisito in fase di accettazione per il ricovero il nominativo, la data di nascita ed il recapito telefonico della persona da contattare;
- nell'eventualità occorra coinvolgere anche un parente al momento della dimissione, il colloquio deve avvenire in uno degli ambulatori del piano terra e non in reparto;
- gli accompagnatori dei pazienti non possono permanere nelle sale di attesa e accettazione, salvo specifiche diverse indicazioni del personale preposto;
- i *Caregivers* sono ammessi unicamente nelle stanze di degenza singole, prima di accedere devono sottoporsi alla ricerca del SARS-CoV-2, con le stesse modalità previste per i pazienti.

In considerazione della fragilità dei pazienti, sulla scorta dell'Ordinanza Ministeriale del 08/05/2021 e del Decreto-Legge 24 Dicembre 2021 n. 221, compatibilmente alla situazione epidemiologica locale, potranno essere autorizzati ad accedere alla struttura, solamente i visitatori in possesso di *Green-Pass* Rafforzato e test antigenico rapido o molecolare eseguito nelle 48 ore precedenti, con esito negativo, oppure vaccinazione con terza dose e previa:

- verifica della temperatura corporea ed anamnesi CoViD-19;
- informazione circa la necessità di mantenere le adeguate distanze dal paziente;
- provvisti di mascherina chirurgica e/o mascherina di comunità;
- igiene delle mani utilizzando i dispenser di soluzioni igienizzanti posizionate all'ingresso dell'Ospedale e delle varie strutture interne ad esso;
- distanziamento interpersonale di almeno 1 metro, rispettando le istruzioni fornite sia attraverso poster che attraverso la segnaletica;
- Il familiare/visitatore deve sempre effettuare l'igiene delle mani all'ingresso e all'uscita dalla struttura e indossare sempre e correttamente i dispositivi di protezione individuale in base al livello di rischio (almeno FFP2 o superiore).

Qualora il visitatore/familiare rifiuti l'adesione alle indicazioni di cui sopra, non potrà avere accesso alla struttura.

Compatibilmente con la disponibilità di personale da dedicare alle visite in presenza, gli accessi potranno riguardare di norma non più di un visitatore per ospite per visita.

Il Personale di accettazione dovrà:

- compilare il REGISTRO ACCESSO VISITATORI (nei campi "verifica anamnesi" e "verifica temp." occorre mettere "fatto")
- far firmare il "Patto di Condivisione del Rischio".

Gestione delle degenze, pag. 89

- il distanziamento interpersonale tra i pazienti in aree di degenza non critiche deve essere garantito nella misura di 1,5 metri;
- le stanze di degenza possono essere occupate da pazienti che si ricoverano nella medesima giornata, avendo cura di ospitare pazienti con provenienza omogenea (domicilio – PS). Pertanto, sino alla dimissione di entrambi i pazienti presenti in una stanza, non si potrà procedere ad un nuovo ricovero;
- durante la degenza non è possibile spostare di stanza i pazienti. Qualora un paziente rimanga in stanza da solo, dopo 5 gg, si potrà spostare nella stanza di un paziente nelle medesime condizioni, previa esecuzione di Tampone Antigenico ad entrambi i pazienti;
- alla dimissione di entrambi i pazienti, la stanza di degenza deve essere lasciata con i balconi aperti prima di essere sanificata e preparata ad accogliere nuovi ricoveri;
- durante la degenza i pazienti non potranno lasciare la propria stanza, se non per motivi sanitari;
- viene contingentato l'accesso ai distributori automatici, sia ai pazienti che agli operatori;
- si raccomanda di arieggiare spesso i locali, curare l'igiene delle mani ed il corretto utilizzo della mascherina.

Misure Generali per il contenimento CoViD-19 - Modalità operative attività assistenziali, pag. 118

La vera prevenzione del contagio dipende dalla probabilità che le persone hanno di entrare in contatto con i virus emessi da soggetti malati o portatori sani (sono definiti portatori sani coloro che sono stati contaminati dal virus senza manifestare i sintomi o perché è ancora presto per manifestarli o perché non li manifesteranno mai essendo capaci di eliminare il virus).

Le misure generali prevedono un rafforzamento dei programmi e dei principi fondamentali di prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).

Le misure specifiche messe in atto nelle strutture che svolgono attività assistenziali in un contesto di epidemia come quella di CoViD-19 sono:

- vaccinazione di tutto il personale;
- *screening* per l'identificazione precoce di casi sospetti di COVID-19 tra i visitatori, i *caregivers*, gli operatori e i pazienti;
- controllo degli accessi di fornitori, consulenti e informatori scientifici;
- restrizione dall'attività lavorativa degli operatori sospetti o risultati positivi al test per SARS-CoV-2 in base alle disposizioni vigenti;
- distanziamento sociale e riduzione delle occasioni di aggregazione;
- formazione del personale per la corretta adozione delle precauzioni standard e procedure d'isolamento;
- sensibilizzazione e promemoria per promuovere comportamenti corretti;
- scelta dei DPI e corretto utilizzo;
- incremento delle attività di pulizia ambientale;
- distributori di soluzione alcolica;
- rilevazione della temperatura corporea mediante termo-scanner posti agli ingressi;

- preparazione della struttura alla gestione di eventuali casi di CoViD-19 sospetti o probabili/confermati.

PROTOCOLLO PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE, pag. 112

Durante la fase "Pandemica" l'Assistenza territoriale è assicurata capillarmente nel territorio regionale, attraverso i Medici di Assistenza Primaria, i Pediatri di libera scelta, i Medici di Continuità assistenziale e gli specialisti ambulatoriali interni ed esterni (accreditati e contrattualizzati), nonché il personale sanitario non medico.

1. Presa in carico dei pazienti positivi in ambiente extraospedaliero.

I soggetti con patologia emergente positivi o sospetti che non presentano i criteri clinici, laboratoristici e strumentali per l'ospedalizzazione, ovvero i soggetti positivi dimessi dalle strutture ospedaliere in quanto in via di guarigione, a garanzia della salute loro, dei loro familiari, dei loro conviventi, e nell'interesse della collettività, previa adeguata informazione, possono venire isolati presso il proprio domicilio, purché sia garantito il rispetto delle misure specifiche (che per il COVID-19 sono indicate nel documento elaborato dal CTS regionale "Raccomandazioni per i soggetti positivi Covid 19 in stato di isolamento anche domiciliare") ovvero in strutture dedicate (v. Alberghi COVID o RSA COVID). Sarà necessario, in base al tipo di modalità di trasmissione del patogeno emergente, identificare e adottare specifiche modalità preventive.

I soggetti a domicilio vengono presi in carico dalle UCA, Unità di Continuità Assistenziali (ex USCA). Le Unità di Continuità Assistenziali (UCA) sono state introdotte dal D.L. n. 14 del 9 marzo 2020 con la specifica funzione di effettuare la "gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero [...] al fine di consentire al Medico di medicina generale o al Pediatra di libera scelta o al Medico di continuità assistenziale di garantire l'attività assistenziale ordinaria". Tale specifica funzione è fondamentale in fasi pandemiche in assenza di misure preventive quali i vaccini, ma considerato che la circolazione dei virus può non essere annullata tra soggetti vaccinati (come nel caso del COVID), al fine di limitare i contagi di pazienti fragili, non vaccinabili o immunodepressi da parte dei MMG/PLS, il ruolo delle USCA è rilevante anche con disponibilità di vaccini. Inoltre le USCA hanno assunto un ruolo rilevante nella fase diagnostica (tamponi), nella somministrazione attiva dei vaccini e nel *contact tracing*, in integrazione con i medici di assistenza primaria e i servizi di prevenzione. In linea con quanto definito dal DL 34/2020, è stata organizzato, nella maggior parte delle Aziende un servizio di supporto psicologico ai pazienti con COVID-19, che ha visto il reclutamento di 192 psicologi che hanno collaborato con il personale delle USCA e con i MMG/PLS nella gestione domiciliare dei casi.

È di fondamentale importanza al momento della diagnosi o in ogni caso nel momento in cui si dispone un isolamento domiciliare provvedere ad individuare il necessario personale relativo al supporto ed alla gestione del soggetto posto in isolamento. Tali *caregiver*, individuati tra parenti del soggetto, purché non infetti e non casi sospetti, o tra membri delle associazioni di volontariato, o tra i servizi sociali delle amministrazioni comunali, avranno il compito di provvedere al fabbisogno dei beni di prima necessità (fare la spesa, provvedere alla fornitura di eventuali farmaci e/o medicinali, igienizzanti e disinfettanti personali ed ambientali identificati in base al tipo di patogeno e di patologia. A domicilio possono essere dimessi anche pazienti in condizioni cliniche stabili (dimissioni "protette"), al fine di assicurare la massima appropriatezza nella scelta del setting assistenziale, assicurando da una parte un corretto turnover dei soggetti ricoverati per non sovraccaricare le strutture di degenza e garantendo nel contempo la massima sicurezza per i pazienti. Nel caso dell'infezione da SARS-CoV-2 sono state impartite indicazioni riportanti specifici criteri, definiti in un recente documento dell'Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali, da applicare per la dimissione di pazienti ricoverati per COVID, anche in caso di persistenza della positività ma in condizioni cliniche sufficientemente stabili per essere dimessi a domicilio.

La possibilità di dimettere pazienti in tali condizioni è consentita dalla presenza della rete di assistenza

territoriale a favore dei pazienti affetti da COVID- 19, costituito dalle Unità Speciali di Continuità Assistenziale. Vanno garantite misure di garanzie sul territorio attraverso un'efficace interfaccia tra i responsabili dei PP.OO. o dei *bed manager* e i coordinatori provinciali delle UCA territorialmente competenti, in base ai modelli organizzativi adottati nei diversi contesti provinciali, con presa in carico immediata da parte delle USCA e stretto follow up, definito in base alle condizioni cliniche dei pazienti, con adeguato monitoraggio dei parametri vitali, garantendo una pronta reperibilità ai pazienti in caso di necessità e assicurando una stretta collaborazione con il Medico di assistenza primaria per un'ottimale gestione del paziente ed in particolare delle eventuali comorbidità.

Al fine di ridurre la necessità di ricoveri ospedalieri devono essere favorite se disponibili le terapie domiciliari. Nel caso del COVID positivi sono state fornite periodicamente indicazioni, sulla base delle raccomandazioni ministeriali e sui pareri del CTS regionali. In ultimo sono state trasmesse alle Aziende Sanitarie della Regione e ai Medici di Medicina Generale le linee di comportamento aggiornate dal CTS2, che fa proprie le raccomandazioni ministeriali. Con il Decreto del Ministro della salute pubblicato nella Gazzetta Ufficiale dell'8 febbraio 2021 (n. 32) a partire dal 6 febbraio 2021 In Italia è stato autorizzato l'utilizzo degli anticorpi monoclonali per il trattamento della malattia COVID-19 da lieve a moderata in pazienti adulti e pediatrici al domicilio.

Anche per i pazienti in assistenza domiciliare integrata è necessario ridurre il ricorso all'ospedalizzazione e favorire il setting domiciliare. Nel caso del COVID 19 sono state fornite indicazioni in merito alle modalità organizzative da adottare al fine di rafforzare l'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale in applicazione del Decreto Legge 19 maggio 2020 n.34 convertito in Legge 17 luglio 2020 n.77 relativamente al potenziamento delle "Attività di Assistenza domiciliare integrata o equivalenti per i pazienti in isolamento domiciliare o presso le strutture dedicate", attraverso l'istituzione dei team (ADI COVID / CP COVID) multi professionali (medici, infermieri, fisioterapisti e OSS) e l'incremento, ove necessario, del volume delle prestazioni e/o giornate di cura contrattualizzate con soggetti accreditati con l'individuazione di specifici team per il trattamento di pazienti COVID positivi.

Rimodulazione delle attività assistenziali per la prevenzione della diffusione della patologia emergente sul territorio, pag. 116

Oltre alle misure di prevenzione generiche o specifiche che vengono identificate in relazione al patogeno, l'esperienza del COVID ha dimostrato come si rendano necessarie drastiche rimodulazioni delle attività assistenziali. Durante la pandemia è necessario impartire indicazioni in merito alle riduzioni di prestazioni non urgenti sia a livello territoriale che ospedaliero: gli studi di MMG e PLS, i presidi di continuità assistenziale e gli ambulatori specialistici territoriali hanno di fatto garantito nei primi mesi della pandemia solo le prestazioni urgenti o brevi, favorendo i contatti telefonici e telematici e affidando alle USCA la gestione dei casi sospetti e positivi. È stato necessario riprogrammare la calendarizzazione delle visite, con opportuni distanziamenti temporali che permettessero sanificazione degli ambienti, i percorsi all'interno di studi e ambulatori per ridurre i contatti, i controlli di pazienti e accompagnatori per l'identificazione dei potenziali casi. L'uso della telemedicina in tutte le sue declinazioni (telediagnosi, teleconsulto, tele monitoraggio etc..) è incrementato nelle diverse aziende, e si rende ancor più necessario sostenerne lo sviluppo, (a partire dalla fase interpandemica e a seguire).Un aspetto non irrilevante nella prevenzione dei contagi è stato rappresentato dalla semplificazione delle procedure amministrative, che hanno premesso di ridurre drasticamente la necessità di recarsi presso gli uffici delle aziende sanitarie per una serie di autorizzazioni e altri atti amministrativi, incrementando l'uso di sistemi telematici.

Attività di *screening* e di controllo degli accessi - Attività sanitaria programmata, pag. 119

L'accesso in Ospedale può avvenire solo previa prenotazione telefonica.

Le prenotazioni possono riguardare prestazioni ambulatoriali e ricoveri.

Per entrambe le tipologie di prestazioni, al momento della prenotazione, viene effettuato uno screening telefonico volto all'individuazione dei sintomi che possono determinare la classificazione del paziente come "caso sospetto" secondo la definizione del Ministero della Salute (Scheda di Sorveglianza CoViD-19).

Lo screening telefonico è ritenuto accettabile se effettuato entro 5 giorni dalla data della prenotazione.

La prenotazione viene inserita in agenda solo in caso di esclusione di possibile caso sospetto.

Il personale contatterà il paziente il giorno prima della data prevista per l'accesso in struttura, al fine di aggiornare lo screening telefonico. Al paziente negativo sarà confermato l'appuntamento.

Il paziente sospetto positivo sarà invitato a non recarsi in struttura e a contattare il proprio MMG ai fini dell'esecuzione dei test previsti. In tal caso, il ricovero o la prestazione ambulatoriale sarà rinviato a data da destinarsi anche in funzione degli esiti dei test CoViD-19.

Controllo degli accessi - Ricoveri programmati (Ordinari - *Day Hospital-Surgery - Day Service*), pag. 121

Il paziente che deve essere sottoposto a ricovero in elezione, deve essere invitato dall'operatore addetto alla prenotazione a limitare il più possibile i contatti sociali nei quindici giorni precedenti l'ingresso alla struttura sanitaria, in un'ottica di riduzione del rischio di contagio.

Il paziente viene convocato, nelle 48h precedenti al ricovero, per essere sottoposto al tampone naso-oro-faringeo.

All'atto della valutazione iniziale del paziente sarà comunque cura del medico che esegue l'anamnesi registrare in cartella clinica le valutazioni di screening: presenza di febbre, segni e sintomi di infezione respiratoria acuta o di insufficienza respiratoria e altri fattori di rischio (es. contatto con casi di CoViD-19).

Oltre la valutazione clinica e anamnestica, il paziente che deve accedere al ricovero programmato deve essere sottoposto al tampone rinofaringeo nei giorni precedenti il ricovero.

La Tipologia di Test diagnostici preliminari al ricovero ad oggi prevista è la seguente:

- Ricovero Ordinario: Tampone Molecolare;
- Ricovero DH - DS: Tampone Antigenico.

Durante il periodo di degenza, il Medico di Stanza avrà cura di fare eseguire al paziente un Tampone Antigenico per la ricerca del SARS-CoV-2 dopo 5 gg dalla data del ricovero e, successivamente, ogni 10 gg o meno in caso di comparsa di sintomatologia riconducibile al CoViD-19.

1.2.6 Controllo degli accessi: Accessi programmati prestazioni ambulatoriali

Le visite devono essere distanziate opportunamente.

Deve essere calcolato un intervallo di tempo tra una visita e l'altra per la disinfezione degli ambienti (circa 10 minuti aggiuntivi).

L'occupazione degli ambulatori sarà pianificata nell'arco della giornata in modo da non permettere affollamento di pazienti. Gli orari di attività devono essere estesi nell'arco dell'intera giornata per evitare concentrazione dei pazienti.

Gli orari delle visite devono essere tassativamente rispettati e non devono essere accettati pazienti in anticipo o in ritardo. Il margine di tolleranza non dovrebbe essere superiore a 10 minuti per evitare affollamento nelle sale di attesa.

Tutti i pazienti che durante l'esecuzione degli accertamenti sanitari (es. gastroscopia, spirometria) non possono indossare la mascherina chirurgica, oltre alla verifica anamnestica dell'assenza di sintomatologia riconducibile al CoVID-19, devono essere sottoposti a Tampone Antigenico per la ricerca del SARS-CoV-2.

Accesso pazienti

Tutti i pazienti, potranno accedere in struttura, previa:

- verifica della temperatura corporea ed anamnesi CoVID-19;
- provvisti di mascherina chirurgica e/o mascherina di comunità;
- igiene delle mani utilizzando i dispenser di soluzioni igienizzanti posizionate all'ingresso dell'ospedale,

dovranno mantenere la separazione interpersonale di almeno 1 metro, rispettando le istruzioni fornite sia attraverso poster che attraverso la segnaletica.

Il Personale di accettazione dovrà:

- fare firmare la SCHEDA DI SORVEGLIANZA COVID-19;
- qualora previsto, accertarsi se il paziente abbia effettuato, nelle 48h precedenti, il tampone nasofaringeo.

Controllo degli accessi: Accesso visitatori, pag. 123

Caregivers e visitatori rientrano nella categoria di soggetti la cui limitazione all'accesso è fortemente raccomandata. A tale riguardo giova citare il DPCM 04/03/2020 art. 1 comma 1 lettera m) che cita testualmente "l'accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità e lungo degenza, residenze sanitarie assistite (RSA) e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non, è limitata ai soli casi indicati dalla direzione sanitaria della struttura, che è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione".

A tal proposito si dispone la sospensione dei comuni orari di visita.

Inoltre:

- > l'accesso di parenti e visitatori è limitato ai soli casi autorizzati dalla Direzione Sanitaria, che può autorizzare il Medico ad accompagnare il visitatore nella stanza di degenza del paziente. È comunque fatto divieto al visitatore di avvicinarsi al letto del paziente;
- > le persone autorizzate dovranno comunque essere in numero limitato e osservare tutte le precauzioni raccomandate per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2. È assolutamente necessario impedire l'accesso a persone che presentino sintomi di infezione respiratoria acuta, anche di lieve entità, o che abbiano avuto un contatto stretto con casi di CoViD-19 sospetti o confermati negli ultimi 14 giorni;
- > i colloqui con i parenti e il personale medico, finalizzati all'aggiornamento dello stato di salute del paziente, avvengano tramite contatto telefonico e a tal fine deve essere acquisito in fase di accettazione per il ricovero il nominativo, la data di nascita ed il recapito telefonico della persona da contattare;
- > nell'eventualità occorra coinvolgere anche un parente al momento della dimissione, il colloquio deve avvenire in uno degli ambulatori del piano terra e non in reparto;
- > gli accompagnatori dei pazienti non possono permanere nelle sale di attesa e accettazione, salvo specifiche diverse indicazioni del personale preposto;
- > i *Caregivers* sono ammessi unicamente nelle stanze di degenza singole, prima di accedere devono sottoporsi alla ricerca del SARS-CoV-2, con le stesse modalità previste per i pazienti.

In considerazione della fragilità dei pazienti, sulla scorta dell'ordinanza Ministeriale del 08/05/2021 e del Decreto-Legge 24 Dicembre 2021 n. 221, compatibilmente alla situazione epidemiologica locale, potranno essere autorizzati ad accedere alla struttura, solamente i visitatori in possesso di Green-Pass Rafforzato e test antigenico rapido o molecolare eseguito nelle 48 ore precedenti, con esito negativo, oppure vaccinazione con terza dose e previa:

- verifica della temperatura corporea ed anamnesi CoViD-19;
- informazione circa la necessità di mantenere le adeguate distanze dal paziente;
- provvisti di mascherina chirurgica e/o mascherina di comunità;
- igiene delle mani utilizzando i dispenser di soluzioni igienizzanti posizionate all'ingresso della stanza, dovranno mantenere la separazione interpersonale di almeno 1 metro, rispettando le istruzioni fornite sia attraverso poster che attraverso la segnaletica.
- il familiare/visitatore deve sempre effettuare l'igiene delle mani all'ingresso e all'uscita dalla struttura e indossare sempre e correttamente i dispositivi di protezione individuale in base al livello di rischio (almeno FFP2 o superiore)

Qualora il visitatore/familiare rifiuti l'adesione alle indicazioni di cui sopra, non potrà avere accesso alla struttura.

Compatibilmente con la disponibilità di personale da dedicare alle visite in presenza, gli accessi potranno riguardare di norma non più di un visitatore per ospite per visita.

Il Personale di accettazione dovrà:

- compilare il REGISTRO ACCESSO VISITATORI (nei campi "verifica anamnesi" e "verifica temp." occorre mettere fatto).

Distanziamento sociale e riduzione delle occasioni di aggregazione, pag. 127

Al fine di limitare i contatti tra le persone, riducendo le occasioni di aggregazione, sono state disposte le seguenti misure:

- o evitare incontri collettivi in situazioni di affollamento in ambienti chiusi (es. congressi, convegni), privilegiando soluzioni di comunicazione a distanza;
- o privilegiare, nello svolgimento di incontri o riunioni, le modalità di collegamento da remoto, o in alternativa deve essere rispettato il "criterio di distanza *droplet*" (almeno 1 metro di separazione tra i presenti e mascherina di comunità);
- o regolamentare l'accesso agli spazi destinati alla ristorazione, allo svago e simili (es. aree *relax*, sala caffè), programmando il numero di accessi contemporanei o dando disposizioni di rispettare il "criterio di distanza *droplet*" (almeno 1 metro di separazione tra i presenti e mascherina di comunità).

Preparazione della struttura alla gestione di eventuali casi di CoVid-10 sospetti o probabili/confermati, pag. 130

Attivazione della rimodulazione prevista per i Pronto Soccorso di Enna (Ospedale per la gestione di casi Covid in provincia di Enna) con:

- Triage dedicato;
- stanze di isolamento;
- tac e apparecchi radiografici dedicati;
- procedure organizzative specifiche;

N.B.: il Pronto Soccorso di Enna nel corso del 2021 ha subito importanti modifiche strutturali appositamente pensate per la gestione di pandemie.

Procedura di reperimento celere di personale medico e sanitario per fronteggiare l'emergenza epidemiologica pag 22

Prioritariamente si attingerà alle graduatorie attive in questa azienda o in altre aziende della Regione Sicilia per il reclutamento di personale medico, sanitario e infermieristico, procedendo a conferire incarichi a tempo determinato.

Ove non dovessero essere disponibili graduatorie valide il personale verrà reclutato tramite procedure regionali per come avvenuto nella prima fase pandemica in cui la AOUP di Messina ha proceduto a bandire appositi avvisi per il reclutamento del personale medico, sanitario e amministrativo per tutte le aziende Sanitarie e Ospedaliere del territorio regionale.

In questo caso il personale verrà reclutato tramite contratti libero professionali o di collaborazione secondo le previsioni dell'avviso.

In tutto subordine, ove tramite le procedure di cui sopra non si dovesse riuscire a reclutare il personale necessario verranno utilizzati gli elenchi di cui alle procedure espletate da questa ASP tramite click day ancora disponibili ed in via ancora più subordinata verranno espletate ulteriori procedure tramite la modalità click day che garantisce la maggiore celerità per il reclutamento del personale infermieristico e sanitario del comparto.

Per il personale sanitario della dirigenza e per il personale medico si procederà a indire avvisi pubblici per titoli al fine di conferire incarichi a tempo determinato anche a medici specializzandi ed in quiescenza.