

RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto dichiara che la presente deliberazione viene affissa all'Albo Pretorio di questa Azienda per quindici giorni consecutivi, dal 30/08/2021 al 13/09/2021 ai sensi dell'art.124, comma 1, del D.lgs. 267/00.

Li _____ IL FUNZIONARIO

La presente deliberazione è stata-trasmessa al Comitato di Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci con nota prot.

n. _____ del _____

li _____ IL FUNZIONARIO

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale con nota prot. n. _____ del _____

li 30/08/2021 IL FUNZIONARIO

La presente deliberazione, decorso il termine di 10 giorni dalla pubblicazione all'Albo Pretorio dell'Azienda, è divenuta esecutiva ai sensi dell'art.134, comma 3 e 4 del D.lgs. 267/00.

Li _____ IL FUNZIONARIO

La presente deliberazione viene resa immediatamente eseguibile per l'urgenza.

Li 30/08/2021 IL FUNZIONARIO

REGIONE CAMPANIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 2 NORD

VIA M. Lupoli 27 (ex Orfanotrofio Pezzullo)

80027 FRATTAMAGGIORE (NA)

Deliberazione n.ro 1376 del 30/08/2021

L'anno 2021, il giorno 30 del mese Agosto,

OGGETTO: *“Programmi operativi - emergenza covid-19 - delle attività ordinarie dei presidi ospedalieri, distretti e dipartimenti / uu.oo.cc.” – n. 713 del 29.05.2020, n. 1054 del 13.08.2020 e n. 670 del 19.04.2021*
Modifiche-aggiornamenti-integrazioni.

IL DIRETTORE GENERALE

Nominato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale della Campania n. 105 del 08/08/2019, in esecuzione della DGRC n. 373 del 06/08/2019

IL DIRETTORE SANITARIO

Premesso che

- con Delibera n. 713 del 29.05.2020 venivano definiti i "PROGRAMMI OPERATIVI PER IL RILAVVIO IN "FASE 2 – EMERGENZA COVID-19" DELLE ATTIVITA' ORDINARIE DEI PRESIDII OSPEDALIERI, DISTRETTI E DIPARTIMENTI / UU.OO.CC." attraverso i quali è stata pianificata la graduale riapertura delle attività sanitarie mediante la messa in atto di adeguate misure precauzionali e di riduzione dei rischi di contagio, aventi il duplice obiettivo di tutela:
 - per la collettività /Utenza nell'accesso ai servizi;
 - della salute ed erogazione delle prestazioni in sicurezza del Personale sanitario in conformità alle misure preventive raccomandate;
- con Delibera n. 1054 del 13.08.2020 venivano definiti i "PERCORSI E MODALITÀ OPERATIVI PER GLI ACCESSI E GESTIONE DEI PAZIENTI PER EMERGENZA COVID" – aggiornamento del 10 agosto 2020, relativi ai Presidi Ospedalieri, Distretti sanitari/attività ambulatoriali territoriali, UOC 118, Hospice e RSA, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimento Dipendenze Patologiche, Dipartimento di Prevenzione, Casa Circondariale femminile di Pozzuoli attraverso i quali sono state dettagliati i percorsi e le modalità operative per gli accessi e la gestione dei pazienti alla luce del Protocollo Operativo "Piano Regionale di Potenziamento delle Attività Diagnostiche dei casi COVID 19 e di screening degli operatori sanitari e della popolazione maggiormente esposta in Regione Campania" – Aggiornamento luglio 2020 e di quanto determinato nelle riunioni dell'UCA dei giorni 20.07.2020 dell'11.08.2020;
- in data 03.11.2020 veniva trasmesso, per l'attivazione del periodo di sperimentazione, il "Documento Operativo per la gestione domiciliare dei pazienti positivi a SARS-CoV-2" finalizzato all'intensificazione dell'"approccio territoriale" nella gestione della patologia da SARS-Cov-2, individuando i criteri appropriati per una presa in carico domiciliare/territoriale;
- in data 08.04.2021 venivano trasmesse, per l'attivazione del periodo sperimentale, le "Istruzioni Operative per la gestione dei focolai SARS-CoV-2 nei reparti (non covid) dei presidi ospedalieri e delle strutture residenziali aziendali" finalizzate all'applicazione della più efficace metodologia di risoluzione;
- con Delibera n. 670 del 19.04.2021 venivano adottate le seguenti procedure: 1. Gestione pazienti con sindrome coronarica acuta con diagnosi o sospetto Covid-19; 2. Gestione dei pazienti CoViD-19 positivi con SCA con ST non persistentemente sopraslivellato (NSTEMI ed angina instabile) 3) Gestione dei pazienti CoViD-19 o sospetti, che necessitano di trattamento di Elettrostimolazione cardiaca; 4. Procedure assistenziali delle articolazioni del DSM in nuova emergenza CoViD-19-Elaborato dal Dipartimento di Salute Mentale-marzo 2021; 5. Assistenza alla donna in gravidanza e alla diade madre-neonato con sospetta o confermata infezione da SARS-CoV-2-Elaborato dal Dipartimento Materno Infantile, marzo 2021; 6. Percorsi e modalità operative dei pazienti CoViD e non CoViD della Direzione Medica di Presidio del PO di Giugliano- aggiornamento 16 marzo.

Considerato che

- le procedure: 1. Gestione pazienti con sindrome coronarica acuta con diagnosi o sospetto Covid-19; 2. Gestione dei pazienti CoViD-19 positivi con SCA con ST non persistentemente sopraslivellato (NSTEMI ed angina instabile); 3) Gestione dei pazienti CoViD-19 o sospetti che necessitano di trattamento di Elettrostimolazione cardiaca sono state oggetto di revisione finalizzata alla loro più ampia applicazione;
- è da considerarsi terminato il periodo di sperimentazione del "Documento Operativo per la gestione domiciliare dei pazienti positivi a SARS-CoV-2" con la rilevazione delle possibili criticità operative nonché delle possibili migliorie;

- Al Direttore del Dipartimento Farmaceutico;
- Al Direttore UOC Strutture residenziali e semiresidenziali territoriali;
- Al Direttore UOC Patologie Neuro psichiatriche Età Evolutiva;
- Al Dipartimento Salute Mentale;
- Al Direttore del Dipartimento Dipendenze patologiche;
- Al Direttore UOC Qualità e Risk Management;
- Al Direttore UOC Appropriatazza Clinica e Organizzativa;
- Al Direttore UOC Val/Rel/Sind/ALPI;
- Al Direttore UOC Gestione Economica, Finanziaria e Fiscale;
- Al Direttore UOC Controllo Interno di Gestione;
- Al Direttore UOC Affari Generali;
- Al Direttore UOC Gestione Risorse Umane;
- Al Direttore UOC URP e Marketing per la diffusione.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dr. Francesco Baliyo

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Antonio d'Amore

Evidenziato che

tali documenti potranno essere oggetto di successive modifiche ed integrazioni, proposte dalle Direzioni competenti, al fine di mantenere la piena efficacia ed efficienza anche in ragione delle mutabili condizioni esterne (epidemiologia del contagio da SARS-CoV2, ordinanze ministeriali e regionali, nuove abitudini sociali, possibile volatilità degli aggiornamenti);

Visti

- Il D.lgs.502/92, il D.lgs.229/99;
- La legge regionale 16/08.

Per i motivi di cui alla narrativa, che qui si intendono integralmente riportati, e attestato che il presente provvedimento, alla stregua delle risultanze e degli atti tutti sopra richiamati, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, è regolare e legittimo, nella forma e nella sostanza, ai sensi della vigente normativa e utile per il servizio pubblico, e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche.

PROPONE

Al Direttore Generale

Prendere atto che con nota della coordinatrice UCA del 25.08.2021 venivano approvati in Unità di Crisi e trasmessi alla Direzione Sanitaria aziendale i documenti sopra richiamati e di seguito elencati:

- 1) *Procedura per la gestione pazienti con sindrome coronarica acuta con diagnosi o sospetto Covid-19 - Rev. 1* Elaborato dal Dipartimento Ospedaliero Area Medica;
- 2) *Procedura per la gestione dei pazienti CoViD-19 positivi con SCA con ST non persistentemente sopraslivellato (NSTEMI ed angina instabile) – Rev. 1* Elaborato dal Dipartimento Ospedaliero Area Medica;
- 3) *Procedura per la gestione dei pazienti CoViD-19 o sospetti, che necessitano di trattamento di Elettrostimolazione cardiaca – Rev. 1* Elaborato dal Dipartimento Ospedaliero Area Medica;
- 4) *Istruzioni operative per la gestione domiciliare dei pazienti positivi a SARS-CoV-2 - Rev. 1;*
- 5) *Istruzioni Operative per la gestione dei focolai SARS-CoV-2 nei reparti (non covid) dei presidi ospedalieri e delle strutture residenziali aziendali;*
- 6) *Scheda pre-triage – (Revisione).*

di evidenziare che tali documenti potranno essere oggetto di successive modifiche ed integrazioni, proposte dalle Direzioni competenti, al fine di mantenere la piena efficacia ed efficienza anche in ragione delle mutabili condizioni esterne (epidemiologia del contagio da SARS-CoV2, ordinanze ministeriali e regionali, nuove abitudini sociali, possibile volatilità degli aggiornamenti);

di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo.

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Monica Vanni

attestazione regolarità contabile dirigente contabile generale		
---	--	--

- è da considerarsi terminato il periodo di sperimentazione per le *“Istruzioni Operative per la gestione dei focolai SARS-CoV-2 nei reparti (non covid) dei presidi ospedalieri e delle strutture residenziali aziendali”* che ha consentito di mantenere un elevato grado di sicurezza per pazienti ed operatori nei presidi ospedalieri e nelle strutture residenziali aziendali anche in relazione alle numerose varianti che si sono via via presentate;

Visti i documenti

- Circolari Ministeriali *“Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2”* n. 24970 del 30.11.2020 e n. 17948 del 26.04.2021;
- Circolare Ministero Salute n. 32850 del 12.10.2020 *“Covid-19: indicazioni per la durata ed il termine dell’isolamento e della quarantena”*;
- Circolare Ministero Salute n. 3787 del 31.01.2021 *“Aggiornamento sulla diffusione a livello globale delle nuove varianti Sars-CoV-2”, valutazione del rischio e misure di controllo”*;
- Circolare Ministero Salute n. 15127 del 12.04.2021 *“Indicazioni per la riammissione in servizio dei lavoratori dopo assenza per malattia”*;
- Circolare Ministero Salute n. 22746 del 21.05.2021 *“Aggiornamento sulla definizione di caso COVID-19 sospetta per variante VOC 202012/01 e sulle misure di quarantena e di isolamento raccomandate alla luce della diffusione in Italia delle nuove varianti SARS CoV-2”*;
- Circolare Ministero Salute n. 28537 del 25.06.2021 *“Aggiornamento della classificazione delle nuove varianti SARS-CoV-2, loro diffusione in Italia e rafforzamento del tracciamento, con particolare riferimento alla variante Delta”*;
- Circolare Ministero Salute n. 36254 del 11.08.2021 *“Aggiornamento sulle misure di quarantena e di isolamento alla luce della circolazione delle nuove varianti SARS-CoV-2 in Italia ed in particolare della diffusione della variante Delta (lignaggio B1.617.2).*

Tenuto conto

della necessità operativa di revisionare/modificare/aggiornare e raggruppare, mediante un unico atto deliberativo, i documenti richiamati in premessa inerenti le attività ordinarie nei presidi Ospedalieri, Distretti e Dipartimenti/UOC nell’attuale fase dell’emergenza covid-19;

Preso atto che

con nota della coordinatrice UCA del 25.08.2021 venivano approvati in Unità di Crisi e trasmessi alla Direzione Sanitaria aziendale i documenti sopra richiamati e di seguito elencati:

- 1) *Procedura per la gestione pazienti con sindrome coronarica acuta con diagnosi o sospetto Covid-19 - Rev. 1* Elaborato dal Dipartimento Ospedaliero Area Medica;
- 2) *Procedura per la gestione dei pazienti CoViD-19 positivi con SCA con ST non persistentemente sopraslivellato (NSTEMI ed angina instabile) – Rev. 1* Elaborato dal Dipartimento Ospedaliero Area Medica;
- 3) *Procedura per la gestione dei pazienti CoViD-19 o sospetti, che necessitano di trattamento di Elettrostimolazione cardiaca – Rev. 1* Elaborato dal Dipartimento Ospedaliero Area Medica;
- 4) *Istruzioni operative per la gestione domiciliare dei pazienti positivi a SARS-CoV-2 - Rev. 1;*
- 5) *Istruzioni Operative per la gestione dei focolai SARS-CoV-2 nei reparti (non covid) dei presidi ospedalieri e delle strutture residenziali aziendali;*

nonché il documento:

- 6) *Scheda pre-triage – (Revisione).*

IL DIRETTORE GENERALE

Nominato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale della Campania n. 105 del 08/08/2019, in esecuzione della DGRC n. 373 del 06/08/2019

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Direttore Sanitario, Dr.ssa Monica Vanni e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nella premessa, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione, mediante la sottoscrizione dello stesso da parte del dirigente proponente, della regolarità e legittimità del presente atto nella forma e nella sostanza ai sensi della vigente normativa e utilità per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art.1 della legge 20/94 e successive modifiche;

Sentito il parere favorevole del Direttore Amministrativo

DELIBERA

Prendere atto che con nota della coordinatrice UCA del 25.08.2021 venivano approvati in Unità di Crisi e trasmessi alla Direzione Sanitaria aziendale i documenti sopra richiamati e di seguito elencati:

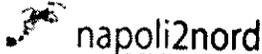
- 1) *Procedura per la gestione pazienti con sindrome coronarica acuta con diagnosi o sospetto Covid-19* - Rev. 1 Elaborato dal Dipartimento Ospedaliero Area Medica;
- 2) *Procedura per la gestione dei pazienti CoViD-19 positivi con SCA con ST non persistentemente sopraslivellato (NSTEMI ed angina instabile)* - Rev. 1 Elaborato dal Dipartimento Ospedaliero Area Medica;
- 3) *Procedura per la gestione dei pazienti CoViD-19 o sospetti, che necessitano di trattamento di Elettrostimolazione cardiaca* - Rev. 1 Elaborato dal Dipartimento Ospedaliero Area Medica;
- 4) *Istruzioni operative per la gestione domiciliare dei pazienti positivi a SARS-CoV-2* - Rev. 1;
- 5) *Istruzioni Operative per la gestione dei focolai SARS-CoV-2 nei reparti (non covid) dei presidi ospedalieri e delle strutture residenziali aziendali;*
- 6) *Scheda pre-triage* - (Revisione).

di evidenziare che tali documenti potranno essere oggetto di successive modifiche ed integrazioni, proposte dalle Direzioni competenti, al fine di mantenere la piena efficacia ed efficienza anche in ragione delle mutabili condizioni esterne (epidemiologia del contagio da SARS-CoV2, ordinanze ministeriali e regionali, nuove abitudini sociali, possibile volatilità degli aggiornamenti).

di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo;

di disporre che il presente atto venga notificato;

- Al Collegio Sindacale;
- Al Coordinatore Unità di Crisi aziendale;
- Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione
- Ai Direttori dei Presidi Ospedalieri;
- Ai Direttori Dipartimenti inter ospedalieri-area medica/area chirurgica/area radiologica;
- Al Dipartimento Materno Infantile;
- Al Direttore UOC Emergenza territoriale 118;
- Al Direttore del Dipartimento Emergenza Area Critica;
- Ai Direttori dei Distretti Sanitari;
- Al Direttore UOC Cure Primarie;
- Al Direttore UOC Prevenzione e Protezione;

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON SINDROME CORONARICA ACUTA (SCA) CON DIAGNOSI O SOSPETTO COVID-19	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		<i>pag. 1 di 11</i>
Cardiologia_ P.O. SANTA MARIA DELLE GRAZIE - POZZUOLI		

Procedura per la gestione dei pazienti con sindrome coronarica acuta (SCA) con diagnosi o sospetto Covid-19

Redazione:

Funzione	Nome	Firma
Direttore Dipartimento Ospedaliero Area Medica	Girolamo Sibilio	F.to in originale

Collaborazione:

Funzione	Nome	Firma
Direttore UOC MeCAU PO Santa Maria Delle Grazie	Fabio Numis	F.to in originale

Verifica:

Funzione	Nome	Firma
Appropriatezza Clinica e Organizzativa	Paola Sapio	F.to in originale
Qualità e Risk Management	Fabio Dorato	F.to in originale

Approvazione:

Funzione	Nome	Firma
Unità di Crisi Aziendale U.C.A. Coordinatore	Maria Rosaria Basile	F.to in originale

Ratifica:

Funzione	Nome	Firma
Direttore Sanitario Aziendale	Monica Vanni	F.to in originale

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON SINDROME CORONARICA ACUTA (SCA) CON DIAGNOSI O SOSPETTO COVID-19	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		pag. 2 di 11
Cardiologia_ P.O. SANTA MARIA DELLE GRAZIE - POZZUOLI		

Premessa

Le misure per la diagnosi ed il trattamento dei pazienti afferenti alla RETE IMA con diagnosi sospetta/confermata di COVID-19 sono riportate in una circolare del *Direttore Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale (prot.2020 0168590 del 20/03/2020)*.

Nella fattispecie viene definito il percorso del paziente nella fase dell'emergenza territoriale, il Reparto di ricovero e l'utilizzo dei test diagnostici infettivologici.

Viene sottolineato che nei pazienti con diagnosi o sospetto di COVID-19, in deroga ai Piani di Rete, i protocolli dell'Emergenza territoriale e del Pronto Soccorso seguono prioritariamente quelli della malattia infettiva e l'Unità di ricovero deve essere quella di riferimento per la patologia infettiva.

Nel P.O. di Pozzuoli non è al momento stata attrezzata una Sala di Emodinamica di utilizzo esclusivo per pazienti COVID-19, pertanto *non può seguire i percorsi abituali del Piano di Rete*.

In tale contesto organizzativo, nei pazienti con STEMI viene consigliata, *nel Reparto di isolamento, la terapia trombolitica immediata secondo il PDTA di Rete-IMA (specie per quanto attiene i tempi della riperfusione), in attesa del risultato del test COVID-19*.

Nella Circolare regionale viene rappresentato che nei casi di trombolisi controindicata o inefficace, ovvero se non si preveda di disporre del test COVID-19 in tempi utili, *si deve procedere alla valutazione, specifica per ciascun paziente, tra il rischio legato all'infezione ed il beneficio di una procedura di Angioplastica Coronarica Primaria, da eseguirsi obbligatoriamente nel rispetto dei Protocolli di Sicurezza*.

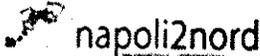
I pazienti con Sindromi Coronariche senza sopraslivellamento del tratto ST, *in caso di alto rischio, con instabilità emodinamica o aritmie intrattabili, seguono quanto definito per lo STEMI*.

I Documenti delle Società Scientifiche (ANMCO e GISE) rappresentano delle autorevoli proposte organizzative per il trattamento dei pazienti con Sindrome Coronarica Acuta (SCA), durante l'emergenza pandemica COVID-19, ma non hanno al momento il carattere di norma legislativa vincolante. La suddetta circolare è, al momento (essendo una problematica in evoluzione, con difficoltà a fornire degli *statement* rigidi e definitivi), la nota istituzionale, cui dobbiamo far riferimento nella gestione dei pazienti con SCA.

A tale circolare va aggiunto il recente *"Protocollo operativo regionale di identificazione precoce degli infetti COVID-19 attraverso l'utilizzo dei test rapidi"* dell'Unità di Crisi regionale - Emergenza epidemiologica da COVID-19 (U.C. 2020 0003262 del 30/03/2020). Tali sistemi di rilevazione rapidi consentono l'individuazione degli anticorpi IgM ed IgG anti-coronavirus. L'utilizzo di tali test viene raccomandato nell'ambito delle Reti tempo-dipendenti (quale la RETE IMA Regionale), al fine di discriminare i pazienti "positivi" (con o senza esposizione e/o sintomatologia COVID-19), da quelli "negativi".

In una recente circolare (03/04/2020) del Ministero della Salute, inerente *l'aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di Laboratorio*, viene sottolineato che l'effettuazione di un "tamponamento nasofaringeo rapido" (risposta in media entro 1h), potrebbe essere particolarmente utile nei casi in cui la diagnosi di infezione SARS-CoV2 assume carattere di urgenza.

Tale "tamponamento rapido" potrebbe essere pertanto implementato (quando disponibile) in P.S. per una più celere definizione diagnostica dell'infezione e con l'obiettivo di identificare l'iter assistenziale ottimale – in caso di pazienti con STEMI o STEMI-like (NSTEMI a "rischio molto alto") - dopo la procedura interventistica nel Laboratorio di Emodinamica.

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON SINDROME CORONARICA ACUTA (SCA) CON DIAGNOSI O SOSPETTO COVID-19	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		<i>pag. 3 di 11</i>
Cardiologia_ P.O. SANTA MARIA DELLE GRAZIE - POZZUOLI		

Gestione dei pazienti con STEMI o STEMI-like con COVID-19 sospetto o conclamato

Il paziente COVID-19 o sospetto con STEMI o STEMI-like dovrebbe essere indirizzato dal 118 prioritariamente ad un Hub-COVID (che dovrebbe possedere le seguenti peculiarità: disponibilità di 2 Sale di Emodinamica e presenza di un'area ed una terapia intensiva dedicata all'isolamento ed al trattamento dei pazienti COVID-19 o sospetti e/o essere in rete con una COVID Unit).

Viene individuato, di seguito, un protocollo specifico, al fine di creare la possibilità di effettuare al P.O. S. Maria delle Grazie la strategia di rivascolarizzazione meccanica (angioplastica primaria) nei tempi previsti dalle Linee-guida (ovviamente in base al rapporto rischio-beneficio clinico del singolo caso e con la massima tutela del personale sanitario dal rischio di contagio), nei pazienti con STEMI o STEMI-like sospetti/conclamati di COVID-19.

Possono essere individuati differenti setting di pazienti:

1. quelli afferenti con mezzi propri al nostro P.S.
2. quelli trasferiti dal 118 allorché un "Centro Hub-COVID" risulta non disponibile
3. quelli già ricoverati in AREA COVID del nostro P.O. che sviluppano uno STEMI o STEMI-like

E' necessario distinguere pertanto una "fase" territoriale ed una ospedaliera.

"Fase" territoriale

La presa in carico precoce dei pazienti con STEMI o STEMI-like, accertato o sospetto, è garantita dal sistema di emergenza territoriale.

Il personale della emergenza territoriale, oltre a fornire al Cardiologo del Centro di riferimento della rete tempo-dipendente le informazioni strettamente correlate allo STEMI, deve raccogliere e comunicare una anamnesi dettagliata su eventuali contatti "stretti" con persone affette da COVID-19 e sulla presenza di sintomatologia sospetta (tosse, raffreddore, febbre, dispnea, etc.), fino ad almeno i 14 giorni precedenti il contatto in essere.

"Fase" ospedaliera

Step da seguire per la gestione dei pazienti COVID-19 o sospetti, con STEMI o STEMI-like che giungono direttamente o attraverso il 118 in Ospedale (punti 1 e 2)

Procedure in P.S.

- All'arrivo in P.S *triage* accurato e stabilizzazione clinica del paziente
- Effettuazione di un "tampone rapido molecolare" (quando disponibile) e di un tampone standard per l'indagine molecolare
- Valutazione del rischio legato all'infezione e del beneficio di un'angioplastica primaria
- Richiesta di consulenza cardiologica - da effettuare utilizzando le misure di protezione - previa "intervista" telefonica
- Consenso informato regolarmente firmato dal paziente, ai fini della esecuzione della coronarografia e della angioplastica
- In caso di formale accettazione della procedura, "*preparazione*" del paziente (tricotomia in sede inguinale, predisposizione di accessi venosi, eventuale cateterizzazione vescicale, svestizione del paziente ed utilizzo di camici monouso)
- Allertamento dell'*equipe* di Emodinamica, ai fini dell'esecuzione della procedura in sicurezza
- Contestuale avviso alla Centrale Operativa per indirizzare eventuali altri pazienti con STEMI in un altro Centro *Hub* della Rete Regionale IMA

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON SINDROME CORONARICA ACUTA (SCA) CON DIAGNOSI O SOSPETTO COVID-19	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		<i>pag. 4 di 11</i>
Cardiologia_ P.O. SANTA MARIA DELLE GRAZIE - POZZUOLI		

- Nelle ore notturne, nei festivi e nelle giornate di sabato, dalle 14 alle 20, “chiamata” in pronta disponibilità dell’*equipe* di Emodinamica

Al termine della procedura, il paziente con esposizione e/o sintomatologia COVID-19 e con positività del “tamponamento rapido molecolare” dovrà essere monitorato in terapia intensiva o sub-intensiva COVID-19 in un *setting* assistenziale adeguato alle sue condizioni cliniche.

I pazienti con “tamponamento rapido molecolare” negativo, ma con sintomi fortemente sospetti per infezione COVID-19, saranno monitorati in un ambiente di isolamento specifico in P.S. nelle more dell’esito del tamponamento molecolare ordinario per COVID-19, ai fini dell’individuazione dell’ambiente successivo di ricovero.

I pazienti, in assenza di sintomatologia COVID-19, con esito diagnostico negativo del “tamponamento rapido molecolare” seguiranno il percorso standard e verranno instradati sul circuito ordinario (ricovero in UTIC) e posizionati temporaneamente in stanza o box di isolamento – individuati per le patologie tempo-dipendenti - dell’U.O. di Utic-Cardiologia, nelle more dell’esito del tamponamento nasofaringeo molecolare standard.

Modalità di trasferimento nel Laboratorio di Emodinamica

Il trasferimento in Emodinamica prevederà il seguente percorso:

- Il trasferimento nell’area di accesso in Radiologia (piano-1), nelle adiacenze dell’ingresso della Morgue, deve essere fatto, previo allertamento del personale radiologico presente e blocco degli “accessi” in Radiologia ed allorché l’*equipe* di Emodinamica è pronta all’esecuzione della procedura (all’arrivo del paziente l’*equipe* di Emodinamica dovrà aver già indossato tutti i DPI)
- Dovrà essere preventivamente allertato il personale di pulizia, che deve essere già presente all’arrivo del paziente
- Utilizzo dell’ambulanza ospedaliera già individuata e dedicata ai trasferimenti dei pazienti COVID-19, con autista dell’ospedale e personale medico e non medico di P.S. (vedi protocolli utilizzo DPI)
- “Isolamento” del paziente con mascherina chirurgica, cuffia, visiera e coperta isoterma (*metallina*) ed utilizzo di materiale “lettericcio” in TNT per il paziente e va utilizzata “di norma la barella di biocontenimento” e laddove le condizioni cliniche non lo consentano, il paziente sarà trasportato in sicurezza nel rispetto delle procedure in sicurezza già note.
- “Blocco” dei pazienti che eventualmente stanno effettuando esami diagnostici in TAC o RM ai quali sarà richiesto di essere spostato in area protetta e il personale della radiologia individuerà l’area più sicura. Al fine di evitare affollamento di persone e copresenza di barelle da PS o dai reparti di degenza, l’accesso di tali pazienti dovrà essere sempre autorizzato e condiviso con la Radiologia.
- Dopo l’ingresso del paziente nel Laboratorio di Emodinamica ed il ritorno in ambulanza dell’*equipe* di trasferimento, il personale di pulizia sanifica il pavimento immediatamente, per consentire la ripresa delle attività radiologiche interrotte.

Modalità di preparazione dell’equipe di Emodinamica

L’*equipe* sarà costituita di norma con almeno n. 4 figure professionali (1 cardiologo + 2 infermieri + 1 tecnico di radiologia, a disposizione solo per intervenire in caso di necessità), per ridurre il numero degli

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON SINDROME CORONARICA ACUTA (SCA) CON DIAGNOSI O SOSPETTO COVID-19	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		pag. 5 di 11
Cardiologia_ P.O. SANTA MARIA DELLE GRAZIE - POZZUOLI		

operatori esposti al rischio di contagio. Eventuale *stand-by* del rianimatore (non necessariamente presente nella Sala), su richiesta del medico di P.S. e/o del cardiologo.

VESTIZIONE del personale di Emodinamica che gestisce il paziente COVID-19

È fortemente suggerita la presenza di un osservatore durante le procedure di vestizione/svestizione, per recitazione del protocollo e monitoraggio visivo di possibile contaminazione.

MODALITA' DI VESTIZIONE (per tutto il personale operativo, da eseguire nella Sala dell'Emodinamica, prima che il paziente arrivi in Sala):

1. Togliere qualsiasi monile ed ogni oggetto personale
2. Controllare l'integrità dei dispositivi
3. Praticare l'igiene delle mani con soluzioni o gel disinfettante a base alcolica o con acqua e sapone (da qui in avanti definita "igiene mani")
4. Indossare idoneo filtro filtrante facciale (FFP2), facendolo ben aderire al volto (prova di tenuta)
5. Indossare la cuffia che copra completamente i capelli
6. Indossare il camice di piombo ed il collare anti X
7. Indossare i gambali copri- scarpe monouso
8. Indossare gli occhiali di protezione anti-X e lo scudo facciale (facendo attenzione a non interferire con l'aderenza della maschera al volto)
9. "Igiene mani"
10. Indossare il primo paio di guanti non sterile
11. Indossare il camice monouso DPI di III categoria per rischio biologico (sterile per operatori al tavolo operatorio); in caso di indisponibilità del suddetto camice, utilizzare "tuta" mono-uso di III categoria non sterile, prima di indossare il camice di piombo ed il collare anti X (*punto 6*) e successivamente indossare camice mono-uso sterile)
12. Indossare il secondo paio di guanti (sterili chirurgici per operatori al tavolo operatorio), facendo attenzione a coprire completamente i polsi.

Il tecnico di radiologia dovrà vestirsi, in caso di necessità di intervento in Sala, secondo le indicazioni sopra riportate, e lo potrà fare nella "Sala controllo" Terminato l'intervento di sua competenza, potrà svestirsi nella "Sala filtro" (con le modalità e le precauzioni indicate nella procedura di svestizione), ritornando in area pulita (nello specifico nella "Sala controllo").

Il rianimatore, di norma non presente, in caso sopravvenuta necessità di assistenza in Sala di Emodinamica, dovrà vestirsi, secondo le modalità suddescritte, nella "Sala controllo" ed accedere nella Sala di Emodinamica, attraverso il relativo ambiente di transito, in cui è ubicato il lavabo degli operatori. Qualora terminasse l'assistenza di sua competenza, potrà svestirsi nella "Sala filtro" con le modalità e le precauzioni precedentemente illustrate e ritornare in area pulita.

Qualora invece fosse necessario, *ab initio*, l'ausilio del rianimatore, questi dovrà effettuare la vestizione e la svestizione, insieme all'*Equipe* di Emodinamica, nella Sala di Emodinamica, nelle more del trasferimento del paziente.

Sala di Emodinamica

Il paziente viene trasferito in Sala di Emodinamica su una barella di biocontenimento, che viene riposta nell'autoambulanza dal personale che ha effettuato il trasferimento, durante la procedura interventistica. Il paziente deve essere ovviamente sottoposto a rilevazione di tutti i parametri vitali (in particolar modo

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON SINDROME CORONARICA ACUTA (SCA) CON DIAGNOSI O SOSPETTO COVID-19	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		<i>pag. 6 di 11</i>
Cardiologia_ P.O. SANTA MARIA DELLE GRAZIE - POZZUOLI		

temperatura corporea e SaO₂) ed eventuale emogasanalisi. Il personale che esegue le manovre al tavolo operatorio dovrà utilizzare sistemi di protezione secondo i protocolli vigenti (DPI e materiale sterile). Il restante personale deve essere protetto con DPI, ma non sterile. L'infermiere circolante (protetto, ma non sterile) deve limitare qualsiasi contatto, non necessario, con le superfici all'interno della Sala e dovrà avere accortezza, in caso di contatto, di sostituire il guanto esterno, di praticare l'igiene alle mani guantate ed indossare un paio di guanti puliti, prima di prendere qualsiasi dispositivo da scaffali e cassette.

La procedura diagnostica e interventistica andrà eseguita secondo i protocolli *standard* del Centro.

I materiali, da utilizzare durante la procedura, dovranno essere tutti presenti all'interno della Sala, onde evitare ingresso ed uscita di personale durante la procedura. Qualora fossero necessari eccezionalmente ulteriori "materiali" non presenti in Sala, occorre che l'operatore presente in "Sala controllo" li depositi sul lavabo antistante l'ingresso della Sala e chiuda la porta. L'infermiere presente nella Sala di Emodinamica potrà prelevarli, soltanto dopo che la porta sia stata chiusa.

Trasferimento in "Terapia intensiva" e /o "sub-intensiva" paziente COVID-19

Il paziente, dopo la procedura interventistica, verrà trasferito nell'Area sub-intensiva del Reparto Covid di Pozzuoli - dotata di monitoraggio elettrocardiografico e dedicata all'isolamento e al trattamento dei pazienti COVID-19 positivi - con l'autoambulanza e di norma con barella di biocontenimento, dal personale di P.S. nelle modalità già presenti in procedura.

Il paziente potrà essere successivamente trasferito in Centri *Hub Covid regionali dedicati* (es. *UTIC Covid*), che abbiano disponibilità dei posti letto.

In caso di impossibilità ad allocare il paziente nel Reparto Covid di Pozzuoli, dopo la procedura interventistica, il paziente, verrà condotto - nelle modalità già presenti in procedura - dal personale di P.S. in una stanza di osservazione del P.S. opportunamente attrezzata con "telecamera", monitor e tutti i dispositivi medici. La comunicazione tra le *equipe* (cardiologica e medica di P.S.) dovrà definire anche le tempistiche di attesa finalizzate alla organizzazione dei servizi.

Nel suddetto ambiente il paziente sarà assistito, dopo la procedura, con l'ausilio del cardiologo di guardia, nelle more del trasferimento - da parte del personale dedicato al trasporto secondario dei pazienti afferenti in P.S.- in un altro P.O. dotato di Area-COVID-19 intensiva e/o sub-intensiva

SVESTIZIONE del personale di Emodinamica che gestisce il paziente COVID-19

La svestizione dell'*equipe* di Emodinamica (ed eventualmente del rianimatore, che presta la sua "assistenza" durante tutta la procedura) deve essere effettuata nella Sala dell'Emodinamica dopo che il paziente sia uscito.

I DPI vanno rimossi all'interno dell'ambiente, tranne la maschera che va rimossa al di fuori per evitare di respirare in maniera "non protetta". E' necessario utilizzare le seguenti precauzioni:

1. Evitare qualsiasi contatto tra DPI e viso, mucose, cute o capelli, prima del lavaggio delle mani
2. Smaltire i DPI mono-uso nell'apposito contenitore nell'area di svestizione
3. Decontaminare i DPI riutilizzabili
4. Rispettare la sequenza indicata.

DENTRO la SALA:

- a) Attendere che il paziente esca dalla Sala e chiudere la porta
- b) Eseguire igiene delle mani

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON SINDROME CORONARICA ACUTA (SCA) CON DIAGNOSI O SOSPETTO COVID-19	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		pag. 7 di 11
Cardiologia_ P.O. SANTA MARIA DELLE GRAZIE - POZZUOLI		

- c) Nebulizzare sui camici soluzione disinfettante
- d) Rimuovere il camice sterile monouso e smaltirlo nel contenitore, con movimenti lenti e senza pressarlo, per non generare nebulizzazione
- d) Rimuovere il guanto esterno in un unico movimento, insieme al camice oppure separatamente (*glove-in-glove method oppure beak method*), ma comunque sempre evitando di toccarne la parte esterna e smaltirli nel contenitore dedicato, senza pressarli sul fondo del sacco per evitare di generare aerosol
- e) Per lo stesso motivo, non far riempire il sacco più di $\frac{3}{4}$ per evitare di doverne pressare il contenuto per chiuderlo
- f) Effettuare igiene delle mani (che ancora indossano il guanto interno)
- g) Rimuovere lo scudo facciale in maniera sicura e successivamente gli occhiali da smaltire, se monouso, altrimenti da sanificare; la visiera da sanificare va immersa in soluzione disinfettante (acqua e *virkon/candeggina*), posta in un "contenitore" dedicato, che va lasciato in Sala, anche durante la disinfezione con il *microdefender*.
- h) Eseguire igiene delle mani quantate
- i) Rimuovere la cuffia
- j) Rimuovere gambali copri-scarpe monouso
- k) Rimuovere il guanto interno
- l) Effettuare igiene mani
- m) Uscire dalla Sala attraverso l'ambiente, dotato di lavabo, che accede alla "Sala controllo" e chiudere subito la porta.

FUORI dalla SALA:

- n) Rimuovere la maschera *FFP2/FFP3* maneggiandola dalla parte posteriore e smaltirla nel contenitore
- o) Rimuovere il camice di piombo
- p) Eseguire igiene mani.

Sanificazione della Sala di Emodinamica e degli ambienti di transito

La sanificazione sarà effettuata secondo i protocolli aziendali in uso, prevedendo che tutte le persone presenti si siano allontanate (*microdefender/pulizia con panni monouso disinfettanti wipe*).

All'esterno della Sala di emodinamica, sia lato filtro, sia lato corridoio di accesso alla "Sala controllo" vanno posti sul pavimento traverse bagnate con soluzione a base di candeggina.

Comunicazione all'U.O. di Radiodiagnostica per Immagini

Dopo la sanificazione deve essere comunicata - dagli operatori addetti alla procedura - al personale radiologico presente, l'agibilità degli ambienti, al fine del ripristino degli "accessi" in Radiologia.

Comunicazione alla Centrale Operativa del 118

E' necessario che il cardiologo comunichi al 118, dopo la procedura di sanificazione, la disponibilità della Sala di Emodinamica, ai fini della riattivazione del Centro *Hub* di Pozzuoli nell'ambito della Rete Regionale dello STEMI.

Registro operatorio e del materiale utilizzato

E' necessario predisporre un registro dei DPI utilizzati, nonché un registro specifico, in cui siano annotati tutti gli operatori partecipanti alla procedura.

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON SINDROME CORONARICA ACUTA (SCA) CON DIAGNOSI O SOSPETTO COVID-19	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		<i>pag. 8 di 11</i>
Cardiologia_ P.O. SANTA MARIA DELLE GRAZIE - POZZUOLI		

Modalità di trasferimento in Morgue in caso di morte del paziente

Vanno rispettate le procedure sanitarie specifiche ospedaliere.

Gestione dei pazienti COVID-19 o sospetti, che sviluppano STEMI o STEMI-like durante il ricovero in AREA COVID (punto 3)

Qualora un paziente già ricoverato in Area COVID manifesti un quadro clinico ed elettrocardiografico compatibile con STEMI, è necessario valutare il rapporto rischio/beneficio di una eventuale procedura compatibile con STEMI, è necessario valutare il rapporto rischio/beneficio di una eventuale procedura di rivascularizzazione meccanica, in relazione alle condizioni cliniche del paziente e al rischio determinato dal trasporto del paziente per PCI, valorizzando quindi, laddove indicato, la terapia farmacologica (specialmente quella fibrinolitica, in assenza di controindicazioni).

Trasferimento di pazienti Covid-19 o sospetto con STEMI e/o STEMI-like da Ischia e Procida

In tale *setting* di pazienti, oltre al rischio/beneficio della procedura, viste le maggiori problematiche (inerenti i protocolli di "sicurezza"), connesse al trasferimento con l'eliambulanza ed il possibile ritardo temporale, potrebbe essere privilegiata la trombolisi.

In caso di impossibilità all'utilizzo di *eliambulanza idonea al trasferimento di pazienti Covid-19 positivi*, il paziente potrà essere trasferito successivamente a Pozzuoli dopo la stabilizzazione clinica - previo consenso informato formalmente firmato, ai fini dell'accettazione delle modalità di trasferimento e dell'esecuzione della coronarografia e dell'angioplastica - "di norma" con barella di biocontenimento e con l'*idroambulanza*, in condizione protette, dal personale ospedaliero individuato. La Centrale Operativa del 118 Napoli 2 Ovest coordinerà la tempistica e la modalità di trasferimento del paziente dalle isole fino all'Ospedale di Pozzuoli.

In caso in cui il paziente venga trasferito dalle isole di Ischia e/o Procida con *eliambulanza idonea al trasferimento*, il personale medico e sanitario di P.S. provvederà all'accoglienza del paziente nell'eliporto ed al trasferimento in sicurezza in P.S. ai fini della esecuzione della procedura interventistica.

E' necessario, successivamente, in entrambi i casi, seguire la procedura suddescritta per i pazienti COVID-19 o sospetti, che afferiscono sulla terraferma direttamente in Ospedale e/o con il 118.

Nel caso specifico, al termine della coronarografia (+PCI), il paziente sarà condotto, "di norma" sempre con la barella di biocontenimento, nell'Area subintensiva del Reparto Covid di Pozzuoli - dotata di monitoraggio elettrocardiografico e dedicata all'isolamento e al trattamento dei pazienti COVID-19 positivi - sempre dal personale che ha provveduto al trasferimento diretto del paziente in Emodinamica. Il paziente potrà essere successivamente trasferito in Centri *Hub Covid regionali dedicati* (es. *UTIC Covid*), che abbiano disponibilità dei posti letto.

MISURE DI PREVENZIONE

Misure ordinarie, già attuate per la prevenzione contro il rischio biologico in generale:

Si devono rispettare i percorsi ben separati per il materiale pulito/sporco con accorgimenti tecnici tali da ridurre al massimo l'esposizione di operatori e ambienti ad eventuali contaminazioni.

Tutte le superfici orizzontali (mobili, arredi, piani di lavoro, carrelli) presenti sono lavabili, disinfettabili e impermeabili. Si devono intensificare i controlli sulle procedure di lavaggio, disinfezione e sanificazione.

E' presente nell'ambiente un adeguato ricambio aria (ventilazione naturale e artificiale).

È prevista la manutenzione e sostituzione periodica dei filtri degli impianti di climatizzazione.

I lavoratori controllano attentamente la possibile presenza di materiali organici che devono essere maneggiati ovvero rimossi SEMPRE con guanti idonei.

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON SINDROME CORONARICA ACUTA (SCA) CON DIAGNOSI O SOSPETTO COVID-19	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		pag. 9 di 11
Cardiologia_ P.O. SANTA MARIA DELLE GRAZIE - POZZUOLI		

I lavoratori effettuano la pulizia delle attrezzature utilizzate sempre con i DPI indossati. Si provvede a sostituire gli attrezzi in cattivo stato di conservazione con attrezzi affidabili e di buona qualità.

Durante l'attività non è consentito portare anelli, bracciali o altri monili evitare di mangiare, fumare, portarsi le mani alla bocca o agli occhi durante il lavoro.

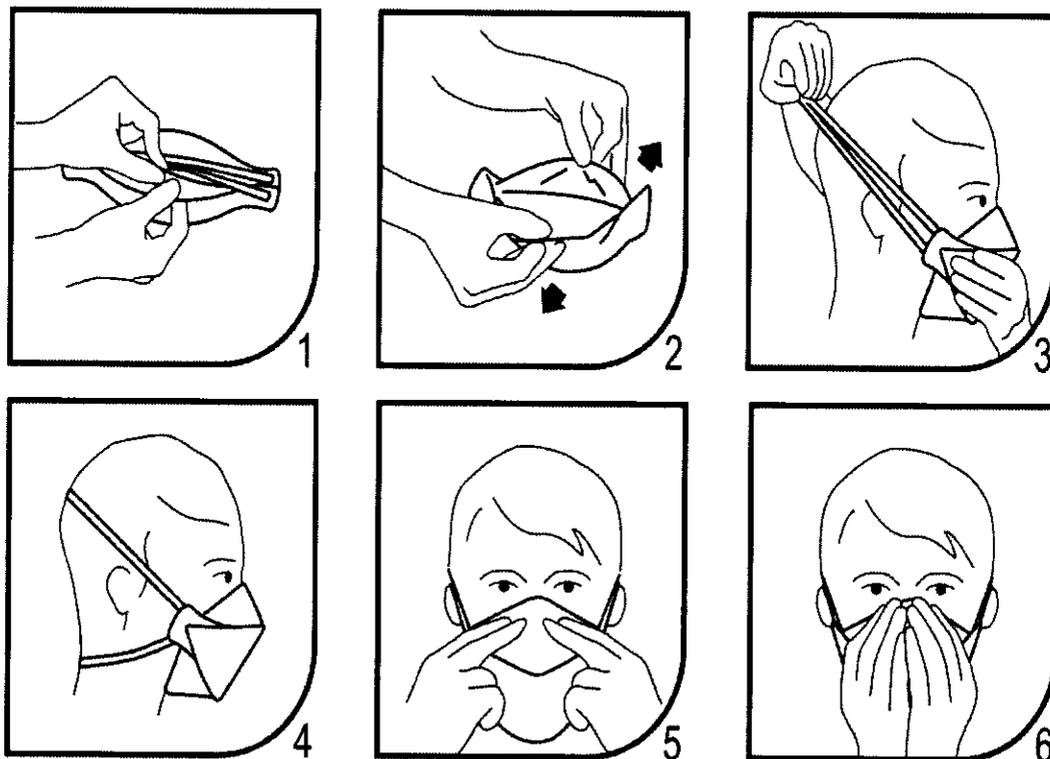
Gli indumenti di lavoro e protettivi che possono essere contaminati da agenti biologici vengono tolti quando il lavoratore lascia la zona di lavoro, conservati separatamente dagli altri indumenti, disinfettati, puliti e, se necessario, eliminati come rifiuti a rischio biologico.

I lavoratori prestano massima attenzione alla pulizia delle mani ed in particolare: prima di toccare un paziente, prima di una manovra asettica, dopo esposizione a un liquido biologico, dopo il contatto col paziente, dopo il contatto con ciò che sta attorno al paziente. Si raccomanda di informare sempre il medico competente in caso di esposizione accidentale.

Il numero di lavoratori presenti durante l'attività specifica che sono esposti o, che possono essere potenzialmente esposti, ad agenti biologici è quello minimo in funzione della necessità della lavorazione nel rispetto delle condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori al fine di eliminare o, comunque di ridurre al minimo, i rischi derivanti.

Le attività che espongono o che possono potenzialmente esporre ad agenti biologici sono adeguatamente progettate nel rispetto delle condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori al fine di eliminare o, comunque a ridurre al minimo, i rischi derivanti.

COME INDOSSARE LA MASCHERINA



Assicurarsi che il viso sia pulito e rasato. I respiratori non devono essere indossati in presenza di barba, baffi e basette che possono impedire una buona aderenza al viso.

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON SINDROME CORONARICA ACUTA (SCA) CON DIAGNOSI O SOSPETTO COVID-19	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		<i>pag. 10 di 11</i>
Cardiologia_ P.O. SANTA MARIA DELLE GRAZIE - POZZUOLI		

Assicurarsi che i capelli siano raccolti indietro e non ci siano gioielli che interferiscono con il bordo di tenuta del respiratore

-Con il rovescio del respiratore rivolto verso l'alto, aiutandosi con la linguetta, separare il lembo superiore ed inferiore del respiratore fino a ottenere una forma a conchiglia. Piegare leggermente il centro dello stringinaso.

-Assicurarsi che non vi siano pieghe all'interno di ciascun lembo. Tenere il respiratore in una mano, con il lato aperto rivolto verso il viso.

-Afferrare con l'altra mano entrambi gli elastici.

-Posizionare il respiratore sotto il mento con lo stringinaso rivolto verso l'alto e tirare gli elastici sopra il capo.

-Posizionare l'elastico superiore sulla sommità del capo e quello inferiore sotto le orecchie. Gli elastici non devono essere attorcigliati. Aggiustare i lembi superiore e inferiore fino ad ottenere una tenuta ottimale e assicurarsi.

-Usando entrambe le mani, modellare lo stringinaso facendolo aderire perfettamente a naso e guance.

-Effettuare la prova di tenuta coprendo il respiratore con entrambe le mani facendo attenzione a non modificarne la tenuta

-Se si usa un respiratore senza valvola - espirare con decisione Se si usa un respiratore con valvola - inspirare con decisione

-Se si percepiscono perdite d'aria intorno al naso, aggiustare lo stringinaso.

-Se si percepiscono perdite d'aria lungo i bordi del respiratore, riposizionare gli elastici e ripetere la prova di tenuta.

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON SINDROME CORONARICA ACUTA (SCA) CON DIAGNOSI O SOSPETTO COVID-19	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		pag. 11 di 11
Cardiologia_ P.O. SANTA MARIA DELLE GRAZIE - POZZUOLI		

Riferimenti bibliografici:

1. “Consulenza cardiologica e COVID-19”
Documento ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri) marzo 2020
2. Gestione Sale di Emodinamica e Cardiologia Interventistica per emergenza COVID-19“
Documento GISE (Società Italiana di Cardiologia Interventistica) marzo 2020
3. Documento ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri):
“Organizzazione della Rete per il trattamento dei pazienti con Sindrome Coronarica Acuta durante emergenza pandemica COVID-19” marzo 2020
4. Nota Unità di crisi Regionale da COVID-19- U.C. 2020.0000410 del 16/03/2020: “Trasmissione raccomandazioni per la sorveglianza del personale sanitario- Nuovo Coronavirus”
5. “Infezione da SARS-CoV2 (COVID-19) -Procedura per la sorveglianza sanitaria degli operatori esposti”
REV 02/2020 – 20/03/2020 a cura dell’U.O.C. di Prevenzione e Protezione e i medici competenti-
ASL Na 2 Nord
6. “Misure per la diagnosi ed il trattamento dei pazienti afferenti alla RETE IMA con diagnosi sospetta/confermata di COVID-19” *Direttore Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale (prot.2020 0168590 del 20/03/2020)*
7. “Protocollo regionale “test rapidi - Emergenza epidemiologica da COVID-19-Unità di Crisi Regionale- U.C. 2020- 0003262 del 30/03/2020
8. Pandemia di COVID-19 – Aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità. Aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio Ministero della Salute DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA UFFICIO 5 PREVENZIONE DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI E PROFILASSI INTERNAZIONALE 0011715-03/04/2020

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI COVID-19 POSITIVI CON SCA CON ST NON PERSISTENTEMENTE SOPRASLIVELLATO (NSTEMI ED ANGINA INSTABILE)	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		<i>pag. 1 di 8</i>
Cardiologia_ P.O. SANTA MARIA DELLE GRAZIE - POZZUOLI		

Procedura per la gestione dei pazienti Covid-19 positivi con sca con st non persistentemente sopraslivellato (nstemi ed angina instabile)

Redazione:

Funzione	Nome	Firma
Direttore Dipartimento Ospedaliero Area Medica	Girolamo Sibillo	F.to in originale

Collaborazione:

Funzione	Nome	Firma
Direttore UOC MeCAU PO Santa Maria Delle Grazie	Fabio Numis	F.to in originale

Verifica:

Funzione	Nome	Firma
Appropriatezza Clinica e Organizzativa	Paola Sapio	F.to in originale
Qualità e Risk Management	Fabio Dorato	F.to in originale

Approvazione:

Funzione	Nome	Firma
Unità di Crisi Aziendale U.C.A. Coordinatore	Maria Rosaria Basile	F.to in originale

Ratifica:

Funzione	Nome	Firma
Direttore Sanitario Aziendale	Monica Vanni	F.to in originale

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI COVID-19 POSITIVI CON SCA CON ST NON PERSISTENTEMENTE SOPRASLIVELLATO (NSTEMI ED ANGINA INSTABILE)	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		<i>pag. 2 di 8</i>
Cardiologia_ P.O. SANTA MARIA DELLE GRAZIE - POZZUOLI		

Premessa

Uno dei tanti problemi che pone la pandemia è il luogo di ricovero di pazienti accertati COVID-19 con patologia cardiologica acuta. Sono stati adottati numerosi modelli organizzativi, ma il trattamento efficace e sicuro, sia per i pazienti, che per gli operatori sanitari, non può che avvenire in cardiologie identificate COVID su base provinciale o regionale, a seconda delle diverse realtà geografiche e demografiche.

E' ben specificato dalle Linee-guida e dai Documenti di Consenso che un Centro *Hub*-COVID, che effettui esami coronarografici \pm angioplastica (PCI), debba presentare le seguenti caratteristiche:

- 2 sale di emodinamica, di cui una ad esclusivo utilizzo per le procedure di pazienti COVID-19 positivi o sospetti;
- presenza di un'area ed una terapia intensiva e subintensiva (non necessariamente cardiologica) dedicate all'isolamento e al trattamento dei pazienti COVID-19 positivi o sospetti e/o, in alternativa, essere in rete con una COVID Unit intensiva e subintensiva.

Nella nota della Regione Campania del 20/03/2020, avente come oggetto:

“*Misure per la diagnosi e il trattamento dei pazienti afferenti alla Rete IMA e alla Rete ictus, con diagnosi sospetta/confermata di Covid-19*” viene rappresentato che in deroga ai piani di Rete, i protocolli dell'emergenza territoriale e del P.S. seguono prioritariamente quelli della malattia infettiva.

Nel suddetto Documento viene altresì sottolineato che, in caso di diagnosi di COVID-19 confermata o anche solo sospetta, *l'Unità di ricovero deve essere quella di riferimento della patologia infettiva*. Nel *setting* di pazienti con diagnosi di SCANSTE (angina instabile e NSTEMI) viene specificato che:

- i pazienti *ad alto rischio*, con instabilità emodinamica o aritmie incontrollabili, seguono quanto definito per lo STEMI;
- i pazienti *non ad alto rischio* restano in terapia medica per tutto il periodo dell'isolamento.

L'U.O.C. di Utic-Cardiologia di Pozzuoli non ha i succitati requisiti, in quanto ha, al momento, in dotazione, un solo Laboratorio di Emodinamica, inserito *h 24 e 7/7 gg.* come *Hub* nella Rete Regionale dello STEMI.

Come è noto, nell'ambito dell'ASL Na2 Nord il Laboratorio di Emodinamica di Pozzuoli esegue routinariamente, da anni, esami coronarografici nei casi di *SCANSTE* per le U.U.O.O. di Utic-Cardiologia di Giugliano e Frattamaggiore, con il meccanismo del trasferimento *temporaneo e protetto* del paziente.

In caso di complicanze e/o di procedura complessa e/o da completare, il paziente viene prudenzialmente ricoverato a Pozzuoli, nell'ottica di una sinergia dipartimentale.

I pazienti con SCA (STEMI e SCANSTE), provenienti da Ischia e Procida, sono trasferiti di *default* a Pozzuoli.

Le recentissime (agosto 2020) Linee-guida Europee sul trattamento del NSTEMI (specificamente dei pazienti non affetti da COVID-19) precisano che i pazienti *ad alto rischio*, cui praticare l'esame coronarografico, nell'ottica di un “*Early Invasive Strategy*” (cioè *strategia invasiva precoce* con procedura entro le 24 ore) sono quelli che hanno almeno una delle seguenti caratteristiche:

- diagnosi “certa” di NSTEMI;
- arresto cardiaco “resuscitato” senza sopraslivellamento del tratto ST o shock cardiogeno;
- *Grace-score* > 140;
- modifiche “dinamiche” nuove (o presumibilmente nuove) del tratto ST in derivazioni contigue \pm sintomi.

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI COVID-19 POSITIVI CON SCA CON ST NON PERSISTENTEMENTE SOPRASLIVELLATO (NSTEMI ED ANGINA INSTABILE)	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		pag. 3 di 8
Cardiologia_ P.O. SANTA MARIA DELLE GRAZIE - POZZUOLI		

Nelle suddette Linee-guida, l'angina refrattaria e l'instabilità emodinamica identificano pazienti con NSTEMI a *rischio molto alto* (che sono omologati agli STEMI), in cui la procedura interventistica dovrebbe essere effettuata nell'arco delle 2h dalla comparsa dei sintomi.

In un precedente Documento ESC (Società Europea di Cardiologia) di giugno 2020, avente come oggetto una "Guida per la diagnosi ed il trattamento delle malattie cardiovascolari durante la pandemia COVID-19" viene sottolineata l'importanza della stratificazione del rischio (*molto alto, alto, intermedio e basso*), nel trattamento dei pazienti con SCANSTE, COVID-19 positivi.

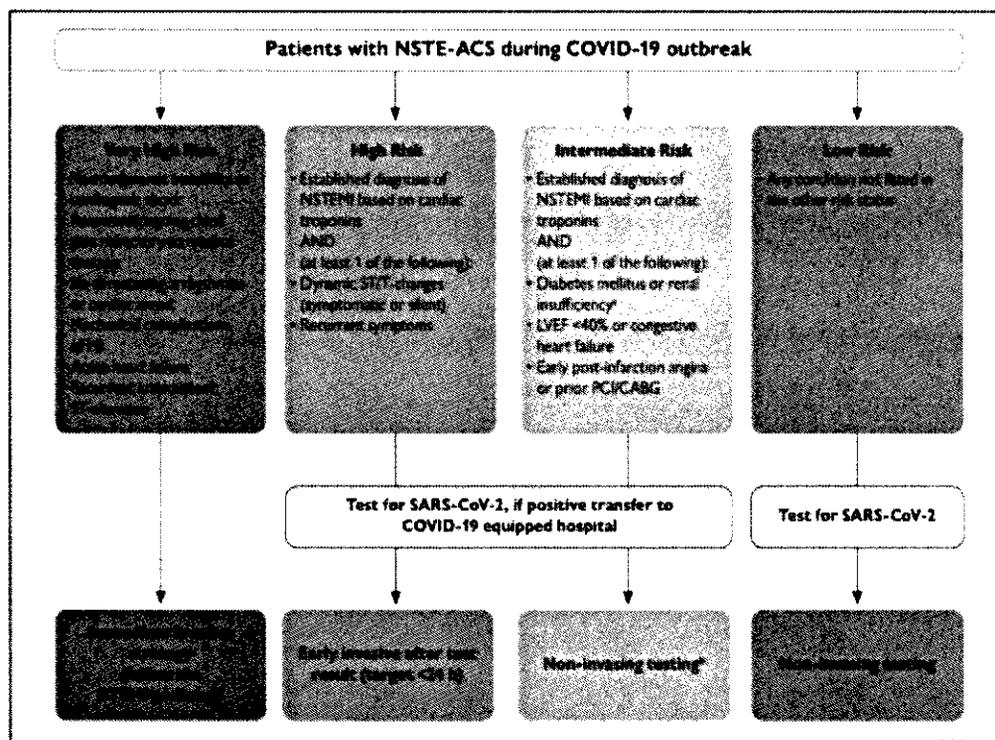
Nella fattispecie i pazienti ad *alto rischio* sono quelli con:

- diagnosi "certa" di NSTEMI basata sul rilievo della troponina e (*almeno una delle seguenti caratteristiche*)
 - modifiche "dinamiche" del tratto ST/T ("*sintomatiche o silenti*");
 - sintomi ricorrenti.

Viene rimarcato altresì che la tempistica per la *strategia invasiva precoce*, in tale *setting* di pazienti, può essere più lunga delle 24 ore, previste dalle Linee-guida nei pazienti con NSTEMI non affetti da COVID-19, vista la necessità di attendere il risultato di tutti i test effettuati.

Viene allegato lo schema delle raccomandazioni ESC di giugno 2020, inerenti il trattamento dei pazienti con SCANSTE, nel contesto della pandemia COVID-19.

Figure 12 Recommendations for management of patients with NSTEMI-ACS in the context of COVID-19 outbreak



LVEF = left ventricular ejection fraction; MI = myocardial infarction; NSTEMI = non-ST segment elevation MI; *estimated glomerular filtration rate <math>< 60 \text{ mL/min/1.73m}^2</math>

*Coronary computed tomography angiography (CCTA) should be favored if equipment and expertise are available. In low risk patients other non-invasive testing might be favored in order to shorten hospital stay. It is suggested to perform left ventriculography during catheterization. Electrocardiography not performed before cathlab admission.

A tale Documento si farà riferimento per la stratificazione del rischio di tale tipologia di pazienti, ai fini della gestione ospedaliera.

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI COVID-19 POSITIVI CON SCA CON ST NON PERSISTENTEMENTE SOPRASLIVELLATO (NSTEMI ED ANGINA INSTABILE)	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		pag. 4 di 8
Cardiologia_ P.O. SANTA MARIA DELLE GRAZIE - POZZUOLI		

Gestione dei pazienti COVID-19 positivi con NSTEMI ad *alto rischio*

Ciò premesso, risulta difficile l'applicazione pedissequa di quanto raccomandato dalle Linee-guida, in pazienti COVID positivi o sospetti, nell'attuale contesto pandemico, in un'Emodinamica *Hub* non COVID, quale quella di Pozzuoli, in cui bisogna tener conto contemporaneamente del quadro clinico del paziente con NSTEMI e della tutela della salute degli operatori medici e sanitari, nonché delle problematiche inerenti la sospensione temporanea - in caso di "procedura" ad un paziente COVID-19 positivo - delle attività interventistiche (in media verosimilmente per circa 2-2.5 h per ogni esame coronarografico) dell'Emodinamica di Pozzuoli, inserita nella Rete regionale, tempo dipendente, per il trattamento dello STEMI. Non meno rilevanti sono le criticità organizzative, connesse alla necessità di interrompere o limitare, durante le procedure cardiologiche interventistiche, le attività routinarie di diagnostica radiologica, per i pazienti ricoverati e per quelli, non COVID positivi, provenienti dal PS, attività che vengono effettuate, al momento, al piano -1, nelle adiacenze del Laboratorio di Emodinamica.

Nelle more di una implementazione (per altro già programmata) di un altro Laboratorio di Emodinamica e temperando i rischi/benefici delle procedure interventistiche, i problemi etici e quelli medico-legali, è possibile proporre una *strategia invasiva* (coronarografia ± angioplastica) soltanto in casi programmati (la procedura, in tale tipologia di pazienti, non ha le caratteristiche dell'urgenza) e attentamente selezionati.

Viene individuato, di seguito, una **procedura** al fine di creare la possibilità di effettuare al P.O. Santa Maria delle Grazie una *strategia invasiva* (ovviamente in base al rapporto rischio-beneficio clinico del singolo caso e con la massima tutela del personale sanitario dal rischio di contagio), nei pazienti con NSTEMI ad *alto rischio* sospetti/conclamati di COVID-19.

Nell'ottica di ottimizzare in sicurezza il percorso nelle fasi preospedaliera, intra e post-ospedaliera è opportuno distinguere i seguenti *setting* di pazienti con NSTEMI *ad alto rischio* con COVID-19:

1. quelli afferenti con mezzi propri al nostro PS;
2. quelli trasferiti dal 118 a Pozzuoli, allorchè i "Centri *Hub-COVID*" risultano non disponibili ad *accettare* il ricovero del paziente;
3. quelli provenienti da un P.O. Spoke (senza disponibilità di Emodinamica *in situ*);
4. quelli provenienti dai P.O. di Ischia e/o Procida (senza disponibilità di Emodinamica *in situ*);
5. quelli già ricoverati in Area e/o Reparti COVID di Pozzuoli che *sviluppano* un NSTEMI ad *alto rischio*.

Alla fine (*punto 6*) verranno date indicazioni per il trattamento dei pazienti COVID-19 positivi con SCANSTE a *rischio intermedio e basso*.

1. Paziente COVID-19 positivo con NSTEMI ad *alto rischio* afferente con mezzi propri al Pronto Soccorso di Pozzuoli

Nei pazienti COVID-19 con NSTEMI ad *alto rischio*, in cui è indicata, previa consulenza cardiologica, una *strategia invasiva precoce*, va inoltrata richiesta - dal medico di P.S. - di disponibilità di un posto letto, ai fini del trasferimento presso un Centro *Hub Covid*, in ambito regionale. In caso di risposta positiva, il paziente dovrà essere trasferito dal personale dedicato in P.S. presso il Centro *Hub Covid*.

In caso di risposta negativa, l'esame coronarografico potrà essere programmato a Pozzuoli, ma è necessario avere prioritariamente e contestualmente la disponibilità di un posto letto in Area Covid-19 subintensiva di Pozzuoli, dove allocare il paziente dopo la procedura.

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI COVID-19 POSITIVI CON SCA CON ST NON PERSISTENTEMENTE SOPRASLIVELLATO (NSTEMI ED ANGINA INSTABILE)	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		pag. 5 di 8
Cardiologia_ P.O. SANTA MARIA DELLE GRAZIE - POZZUOLI		

Tale ricerca va effettuata dal medico di guardia adibito in P.S. alla diagnosi e cura dei pazienti COVID-19 positivi o sospetti (*medico di P.S. Area Covid-19*), che provvederà, in caso di disponibilità del suddetto posto letto, a programmare – con il cardiologo interventista - la tempistica di trasferimento del paziente in auto-ambulanza, *di norma* con barella di biocontenimento, presso il Laboratorio di Emodinamica.

Per le modalità di trasferimento nel Laboratorio di Emodinamica al piano -1 (accesso adiacente alla *Morgue*), per l'allertamento dell'*equipe* cardiologica e del tecnico di radiologia (ed eventualmente del rianimatore) e per tutte le misure di sicurezza, a tutela dei pazienti e di tutti gli operatori sanitari, si fa riferimento a quanto raccomandato nel protocollo aziendale aggiornato di trattamento dei pazienti COVID-19 positivi o sospetti, con STEMI e/o STEMI-like (cioè NSTEMI a *rischio molto alto*).

Sarà compito del cardiologo di guardia comunicare alla Centrale del 118 il blocco temporaneo del funzionamento del Laboratorio di Emodinamica, nell'ambito della Rete Regionale dello STEMI.

La Direzione Sanitaria Ospedaliera, allertata per tempo, attiverà la sorveglianza, da parte del personale di vigilanza, all'accesso in sala di attesa di radiologia (lato scale).

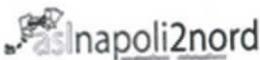
Essendo una misura programmata (da effettuare, tuttavia, nell'ambito di una "*strategia precoce invasiva*"), sarà compito del radiologo - preavvisato *di norma* 18-24 ore prima della procedura - comunicare ai reparti di degenza ed al PS il temporaneo blocco delle attività radiologiche di PS e per i pazienti ricoverati in Ospedale.

Dopo la procedura interventistica, il paziente sarà trasferito, *di norma* con la barella di biocontenimento, nell'Area subintensiva del Reparto Covid di Pozzuoli (dedicata all'isolamento e al trattamento dei pazienti COVID-19), dal personale che ne ha provveduto al trasporto in Emodinamica.

In tale reparto il paziente sarà assistito con la collaborazione dei cardiologi di Pozzuoli, privilegiando, quando possibile - come raccomandato dalle linee-guida - le consulenze *a distanza* (telefonica e/o telematica). Il paziente potrà essere successivamente trasferito in Centri *Hub Covid* regionali (*UTIC Covid*), previa disponibilità dei posti letto.

In caso di indisponibilità temporanea del posto letto in Centri *Hub Covid* regionali ed in Area Covid subintensiva di Pozzuoli e di improcrastinabilità dell'esame coronarografico, lo stesso potrà essere effettuato, eccezionalmente, con le suddette modalità, previa accettazione del paziente, dopo la procedura, nell'Area Covid del PS. In tale ambiente il paziente sarà assistito, dopo la procedura, con l'ausilio del cardiologo di guardia, con le suddette modalità, nelle more del trasferimento nell'Area subintensiva del Reparto Covid di Pozzuoli o in Reparti *Hub Covid* regionali specificamente *dedicati*. Nel recente Documento di Consenso dell'ANMCO viene sottolineato che negli Ospedali "*non dotati di una COVID Unit organizzata per intensità di cura, il paziente con NSTEMI dovrà comunque essere ricoverato negli spazi dedicati ai pazienti COVID-19 e gestito da personale dedicato*".

La Sala di Emodinamica e gli altri spazi utilizzati dovranno essere sottoposti a sanificazione/bonifica, prima di un'altra procedura e/o della ripresa dell'attività radiologica. Dovrebbero essere assicurati nel Laboratorio di Emodinamica un minimo di 15 *ricambi* di aria (idealmente 30 *ricambi* di area in un'ora). Sarà compito del cardiologo di guardia comunicare alla Centrale del 118 la ripresa del funzionamento del Laboratorio di Emodinamica, nell'ambito della Rete Regionale dello STEMI. Di converso sarà compito del personale medico della Radiologia comunicare ai reparti di degenza ed al PS la ripresa delle attività radiologiche.

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI COVID-19 POSITIVI CON SCA CON ST NON PERSISTENTEMENTE SOPRASLIVELLATO (NSTEMI ED ANGINA INSTABILE)	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		pag. 6 di 8
Cardiologia_ P.O. SANTA MARIA DELLE GRAZIE - POZZUOLI		

2. **Paziente, COVID-19 positivo, con NSTEMI ad *alto rischio*, trasferito dal 118 presso il P.S. di Pozzuoli per *indisponibilità*, da parte dei “Centri-Hub Covid” a *ricoverare il paziente***

Il protocollo e le procedure da seguire sono sovrapponibili a quanto rappresentato nel punto 1.

3. **Pazienti Covid-19 positivo con NSTEMI ad *alto rischio* provenienti da un Centro Spoke**

Nei pazienti COVID-19 positivi con NSTEMI ad *alto rischio*, qualora i Centri *Hub*-COVID regionali risultano non disponibili ad *accettare* il paziente, il centro Spoke dovrà contattare il Reparto COVID e l’Emodinamica di Pozzuoli, al fine di concordare la tempistica dell’esame, previa disponibilità, dopo la procedura, ai fini prudenziali - considerata la tipologia dei pazienti - di un posto letto presso l’Area subintensiva del Reparto COVID di Pozzuoli, dove sia possibile ricoverare il paziente.

Il paziente dovrà essere trasferito, in condizioni *protette* (presenza di un medico e di un infermiere), a Pozzuoli, *di norma* con la barella di biocontenimento (utilizzando quanto previsto dal protocollo aggiornato dello STEMI e STEMI-like in pazienti COVID-19 positivi o sospetti), con accesso diretto in Emodinamica dal lato della Morgue.

Durante la procedura il suddetto personale medico-infermieristico sosterà in autoambulanza, dove verrà riposta la barella di biocontenimento, dopo aver condotto il paziente nel Laboratorio di Emodinamica.

Essendo un esame programmato (da effettuare, tuttavia, nell’ambito di una “*strategia precoce invasiva*”), sarà compito del radiologo – preavvisato *di norma* 18-24 ore prima della procedura- comunicare ai reparti di degenza ed al PS il temporaneo blocco delle attività radiologiche, inerenti i pazienti ricoverati e quelli afferenti al PS.

Al termine della coronarografia (\pm PCI), il paziente sarà condotto, sempre con la barella di biocontenimento, nel Centro Spoke di “provenienza” o, in caso di *procedura complessa*, nell’Area subintensiva del Reparto Covid di Pozzuoli - dotata di monitoraggio elettrocardiografico e dedicata all’isolamento e al trattamento dei pazienti COVID-19 positivi - sempre dal personale che ha provveduto al trasferimento diretto del paziente in Emodinamica.

Il paziente potrà essere successivamente trasferito nel Centro Spoke di provenienza o in Centri *Hub* Covid regionali *dedicati* (es. *UTIC Covid*) che abbiano disponibilità dei posti letto.

Durante la degenza nel Reparto Covid di Pozzuoli, la gestione clinico-strumentale del paziente sarà effettuata con la massima collaborazione dei cardiologi di Pozzuoli.

Le procedure di sanificazione della Sala di Emodinamica e degli altri spazi utilizzati e le modalità delle comunicazioni inerenti la ripresa del funzionamento del Laboratorio di Emodinamica e delle attività strumentali della Radiologia sono eguali a quelle rappresentate nel punto 1.

4. **Pazienti Covid-19 con NSTEMI ad *alto rischio* provenienti dai P.O. di Ischia e Procida**

Nei pazienti COVID-19 positivi con NSTEMI ad *alto rischio*, qualora i Centri *Hub*-COVID regionali risultano non disponibili ad *accettare* il paziente, il cardiologo e/o l’*urgentista* di P.S. dovrà contattare il Reparto COVID e l’Emodinamica di Pozzuoli, al fine di concordare la tempistica dell’esame, previa disponibilità, dopo la procedura, ai fini prudenziali - considerata la tipologia dei pazienti - di un posto letto presso l’Area subintensiva del Reparto COVID di Pozzuoli, dove sia possibile ricoverare il paziente.

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI COVID-19 POSITIVI CON SCA CON ST NON PERSISTENTEMENTE SOPRASLIVELLATO (NSTEMI ED ANGINA INSTABILE)	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		pag. 7 di 8
Cardiologia_ P.O. SANTA MARIA DELLE GRAZIE - POZZUOLI		

In caso di impossibilità all'utilizzo di *eliambulanza idonea al trasferimento di pazienti Covid-19 positivi*, il paziente potrà essere trasferito a Pozzuoli - previo consenso informato formalmente firmato, ai fini dell'accettazione delle modalità di trasferimento e dell'esecuzione della coronarografia e dell'angioplastica – “di norma” con barella di biocontenimento e con *l'idroambulanza*, in condizione protette, dal personale ospedaliero individuato. La Centrale Operativa del 118 Napoli 2 Ovest coordinerà la tempistica e la modalità di trasferimento del paziente dalle isole fino all'Ospedale di Pozzuoli.

In caso di *stabilità clinica* del paziente e di necessità di praticare successivamente una *coronarografia programmata*, una differente modalità di trasferimento del paziente (utilizzo del traghetto al posto dell'*idroambulanza*), effettuato sempre in condizioni di sicurezza, sarà valutata, straordinariamente, caso per caso, qualora non sia disponibile *l'idroambulanza*.

All'arrivo in P.S a Pozzuoli sarà sempre necessario seguire la procedura suddescritta per i pazienti COVID-19 o sospetti, provenienti da un Centro *Spoke*.

Nel caso specifico, al termine della coronarografia (+PCI), il paziente sarà condotto, “di norma” sempre con la barella di biocontenimento, nell'Area subintensiva del Reparto Covid di Pozzuoli - dotata di monitoraggio elettrocardiografico e dedicata all'isolamento e al trattamento dei pazienti COVID-19 positivi - sempre dal personale sanitario del P.S.

Il paziente potrà essere successivamente trasferito in Centri *Hub Covid regionali dedicati* (es. *UTIC Covid*) che abbiano disponibilità dei posti letto.

5. Pazienti COVID-19 positivo ricoverati in Area e/o Reparti Covid di Pozzuoli che sviluppano un NSTEMI ad alto rischio

In tale *setting* di pazienti, qualora i Centri Hub-COVID regionali risultano non disponibili ad *accettare* il paziente, è necessario concordare con il cardiologo interventista l'indicazione e l'indifferibilità dell'esame, nonché *programmare* il trasferimento temporaneo del paziente, ai fini dell'esecuzione della procedura.

Le modalità di trasferimento *protetto* (con il medico del Reparto Covid-19) nel Laboratorio di Emodinamica, analogamente a quanto rappresentato nei precedenti *setting* di pazienti con NSTEMI ad *alto rischio*, sono quelle raccomandate nel protocollo aziendale aggiornato di trattamento dei pazienti COVID-19 positivi o sospetti, con STEMI e/o STEMI-like.

Dopo la procedura, il paziente sarà di nuovo condotto, *di norma* con la barella di biocontenimento, nell'Area subintensiva del Reparto Covid di Pozzuoli, dove sarà assistito in collaborazione con i cardiologi di Pozzuoli, con le modalità suddette. Il paziente potrà essere successivamente trasferito in Centri *Hub Covid regionali dedicati (UTIC COVID)*, previa disponibilità dei posti letto.

6. Pazienti COVID-19 positivi con SCANSTE a rischio intermedio e basso

I pazienti COVID-19 positivi, con SCANSTE a *rischio intermedio*, hanno, secondo il Documento ESC di giugno 2020, cui si fa riferimento, le seguenti peculiarità:

- Diagnosi “certa” di NSTEMI basata sul rilievo della troponina e (*almeno una delle seguenti caratteristiche*)
 - Diabete mellito o insufficienza renale (filtrato glomerulare < 60mL/min/1.73 m²);
 - Frazione di eiezione del ventricolo sinistro <40% o scompenso cardiaco;

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI COVID-19 POSITIVI CON SCA CON ST NON PERSISTENTEMENTE SOPRASLIVELLATO (NSTEMI ED ANGINA INSTABILE)	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		pag. 8 di 8
Cardiologia_ P.O. SANTA MARIA DELLE GRAZIE - POZZUOLI		

- Angina precoce post-infartuale o precedente PCI/CABG (bypass aorto-coronarico).

I pazienti a *basso rischio* presentano condizioni clinico-strumentali non previste nel *rischio alto* e in *quello intermedio*.

Si rimarca – non è superfluo sottolinearlo - che tale tipologia di pazienti *non ad alto rischio* (cioè a *rischio intermedio e basso*) resta in terapia medica, per tutto il periodo dell'isolamento in Area Covid. È necessario definire con il cardiologo il percorso diagnostico-terapeutico specifico, privilegiando, quando possibile, la consulenza a *distanza* (telefonica e/o telematica). Nei pazienti a *rischio intermedio* dovrebbe essere favorito – come consigliato dal Documento ESC di giugno 2020- l'utilizzo della Tomografia Computerizzata con visualizzazione delle arterie coronarie (TC coronarica), in caso di disponibilità della metodica di *imaging* e dell'*expertise* raggiunta dagli operatori. I pazienti con NSTEMI *non ad alto rischio*, con positività al COVID-19, laddove si ravvisi, durante il ricovero, un'indicazione ad un esame coronarografico non differibile, seguiranno il percorso, precedentemente individuato, per i pazienti con NSTEMI ad *alto rischio*.

Conclusione

E' opportuno sottolineare che è difficile fornire degli *statement* rigidi e definitivi per il trattamento delle malattie cardiovascolari nei pazienti COVID-19 positivi, nell'attuale contesto organizzativo. Tale proposta operativa, essendo una problematica in evoluzione, deve essere considerata una *flow-chart* diagnostico-terapeutica cui, al momento, far riferimento, nella gestione dei pazienti con SCANSTE e positività al COVID-19, afferenti nell'ASL Na 2 Nord.

Riferimenti bibliografici:

1. "Consulenza cardiologica e COVID-19"
Documento ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri) marzo 2020
2. "Gestione Sale di Emodinamica e Cardiologia Interventistica per emergenza COVID-19"
Documento GISE (Società Italiana di Cardiologia Interventistica) - marzo 2020
3. Documento ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri):
"Organizzazione della Rete per il trattamento dei pazienti con Sindrome Coronarica Acuta durante emergenza pandemica COVID-19" - marzo 2020
4. "Misure per la diagnosi ed il trattamento dei pazienti afferenti alla RETE IMA con diagnosi sospetta/confermata di COVID-19" *Direttore Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale (prot.2020 0168590 del 20/03/2020)*
5. "ESC Guidance for the Diagnosis and Management of CV Disease during the COVID-19 Pandemic" Last updated on june 2020
6. "Position paper ANMCO: Gestione delle consulenze e attività ambulatoriali cardiologiche in corso di pandemia COVID-19"
G Ital Cardiol 2020;21(5):341-344
7. "Position paper ANMCO: Organizzazione della Rete per il trattamento dei pazienti con sindrome coronarica acuta durante emergenza pandemica COVID-19"
G Ital Cardiol 2020;21(5):332-335.

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI COVID-19 O SOSPETTI, CHE NECESSITANO DI ELETTROSTIMOLAZIONE CARDIACA	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		<i>pag. 1 di 8</i>
Cardiologia _ P.O. SANTA MARIA DELLE GRAZIE - POZZUOLI		

Procedura per la gestione dei pazienti COVID-19 o sospetti, che necessitano di Elettrostimolazione Cardiaca

Redazione:

Funzione	Nome	Firma
Direttore Dipartimento Ospedaliero Area Medica	Girolamo Sibillo	F.to in originale

Collaborazione:

Funzione	Nome	Firma
Direttore UOC MeCAU PO Santa Maria Delle Grazie	Fabio Numis	F.to in originale

Verifica:

Funzione	Nome	Firma
Appropriatezza Clinica e Organizzativa Qualità e Risk Management	Paola Sapio	F.to in originale
	Fabio Dorato	F.to in originale

Approvazione:

Funzione	Nome	Firma
Unità di Crisi Aziendale U.C.A. Coordinatore	Maria Rosaria Basile	F.to in originale

Ratifica:

Funzione	Nome	Firma
Direttore Sanitario Aziendale	Monica Vanni	F.to in originale

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI COVID-19 O SOSPETTI, CHE NECESSITANO DI ELETTROSTIMOLAZIONE CARDIACA	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		<i>pag. 2 di 8</i>
Cardiologia_ P.O. SANTA MARIA DELLE GRAZIE - POZZUOLI		

Elettrostimolazione cardiaca temporanea e definitiva

Analogamente a quanto previsto per i pazienti COVID-19 o sospetti con STEMI o STEMI-like, possono essere distinti n. 3 *subset* di pazienti COVID-19 o sospetti con aritmie ipocinetiche "sintomatiche" che necessitano di un impianto di PM:

- quelli che afferiscono con mezzi propri al nostro P.S.
- quelli che sono trasferiti attraverso il 118
- quelli che possono manifestare una *bradiaritmia* durante il ricovero in Area COVID.

In tali tipologie di pazienti, non responsivi alla terapia farmacologica e/o in caso di insuccesso in P.S. di *introduzione ecoguidata* di un *catetere flottante* per elettrostimolazione temporanea, va utilizzata la modalità di elettrostimolazione transtoracica, nelle more di eseguire la procedura nella Sala di Elettrofisiologia e di Elettrostimolazione Cardiaca, ubicata nel Reparto di Utic-Cardiologia, in considerazione della necessità della scopia.

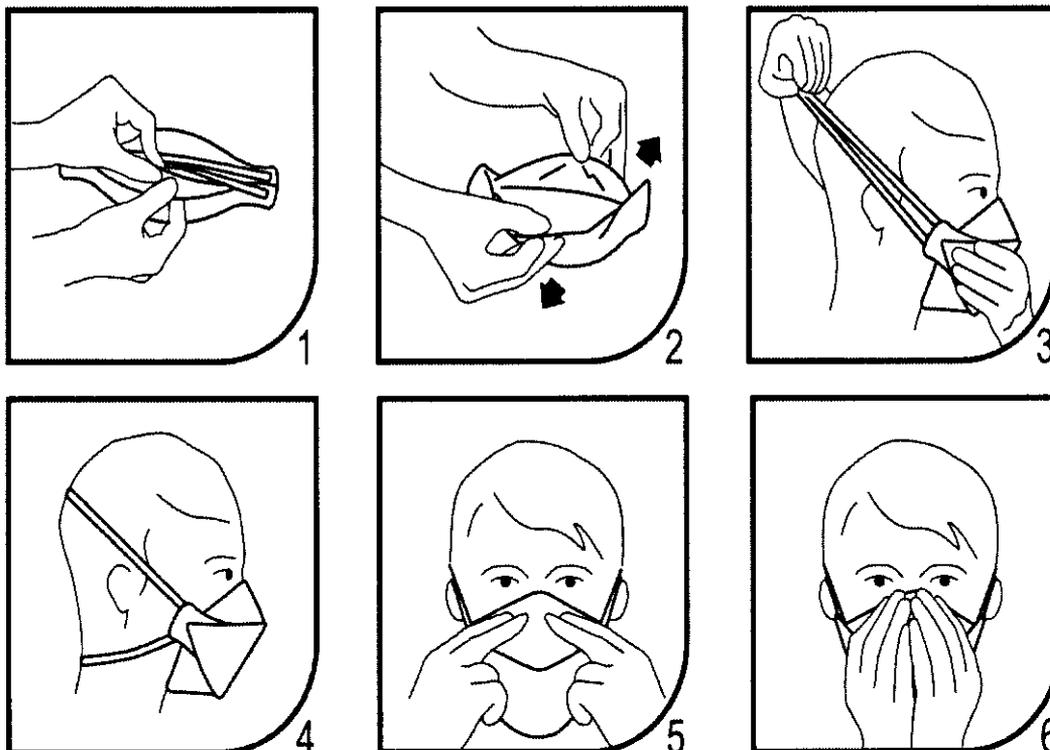
Procedure in P.S.

- All'arrivo in P.S. *triage* accurato e stabilizzazione clinica del paziente
- Effettuazione di un "tampone rapido molecolare" (*quando disponibile*) e di un tampone standard molecolare, prima dell'invio nel Laboratorio di Elettrostimolazione
- Consulenza cardiologica - da effettuare utilizzando le massime misure di protezione - previa "intervista" telefonica
- Consenso informato regolarmente firmato dal paziente, ai fini della esecuzione dell'impianto di *pace-maker* provvisorio e/o definitivo
- In caso di formale accettazione della procedura, "*preparazione*" del paziente (tricotomia in sede inguinale bilaterale a gambaleto, predisposizione di accesso venoso bilaterale, pulizia da eventuali detriti di colla da elettrodi *ecg* o altro dalla zone toracica ed inguinale, eventuale cateterizzazione vescicale, svestizione del paziente ed utilizzo di camici monouso)
- Allertamento dell'*equipe* di Cardiologia, ai fini dell'esecuzione della procedura in sicurezza.

Modalità di trasferimento nel Laboratorio di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione Cardiaca

- Utilizzo di autoambulanza con personale medico e non medico di P.S. munito dei sistemi di protezione, previsti per il rischio biologico
- "Isolamento" del paziente con mascherina chirurgica, visiera e coperta isoterma (detto anche telino isoterma o *metallina*)
- Utilizzo di materiale "*lettereccio*" in TNT per il paziente
- Trasferimento, di norma, con autoambulanza e barella di biocontenimento nella Sala di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione, attraverso l'area di *accesso posteriore* (dove è presente l'uscita di sicurezza) del Reparto di Cardiologia, previo allertamento del personale cardiologico presente e blocco degli "accessi" nel corridoio antistante la Sala, degli altri operatori sanitari del Reparto ed allorché l'*equipe* di Elettrostimolazione è pronta all'esecuzione della procedura in assoluta "sicurezza"
- Accesso alla Sala di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione Cardiaca, attraverso la porta automatica scorrevole sul corridoio del Reparto, adiacente l'uscita di sicurezza.

COME INDOSSARE LA MASCHERINA



Assicurarsi che il viso sia pulito e rasato. I respiratori non devono essere indossati in presenza di barba, baffi e basette che possono impedire una buona aderenza al viso.

Assicurarsi che i capelli siano raccolti indietro e non ci siano gioielli che interferiscono con il bordo di tenuta del respiratore

-Con il rovescio del respiratore rivolto verso l'alto, aiutandosi con la linguetta, separare il lembo superiore ed inferiore del respiratore fino a ottenere una forma a conchiglia. Piegarlo leggermente il centro dello stringinaso.

-Assicurarsi che non vi siano pieghe all'interno di ciascun lembo. Tenere il respiratore in una mano, con il lato aperto rivolto verso il viso.

-Afferrare con l'altra mano entrambi gli elastici.

-Posizionare il respiratore sotto il mento con lo stringinaso rivolto verso l'alto e tirare gli elastici sopra il capo.

-Posizionare l'elastico superiore sulla sommità del capo e quello inferiore sotto le orecchie. Gli elastici non devono essere attorcigliati. Aggiustare i lembi superiore e inferiore fino ad ottenere una tenuta ottimale e assicurarsi.

-Usando entrambe le mani, modellare lo stringinaso facendolo aderire perfettamente a naso e guance.

-Effettuare la prova di tenuta coprendo il respiratore con entrambe le mani facendo attenzione a non modificarne la tenuta

-Se si usa un respiratore senza valvola - espirare con decisione Se si usa un respiratore con valvola inspirare con decisione

-Se si percepiscono perdite d'aria intorno al naso, aggiustare lo stringinaso.

-Se si percepiscono perdite d'aria lungo i bordi del respiratore, riposizionare gli elastici e ripetere la prova di tenuta.

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI COVID-19 O SOSPETTI, CHE NECESSITANO DI ELETTROSTIMOLAZIONE CARDIACA	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		<i>pag. 7 di 8</i>
Cardiologia_ P.O. SANTA MARIA DELLE GRAZIE - POZZUOLI		

Il numero di lavoratori presenti durante l'attività specifica che sono esposti o, che possono essere potenzialmente esposti, ad agenti biologici è quello minimo in funzione della necessità della lavorazione nel rispetto delle condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori al fine di eliminare o, comunque di ridurre al minimo, i rischi derivanti.

Le attività che espongono o che possono potenzialmente esporre ad agenti biologici sono adeguatamente progettate nel rispetto delle condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori al fine di eliminare o, comunque a ridurre al minimo, i rischi derivanti.

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI COVID-19 O SOSPETTI, CHE NECESSITANO DI ELETTROSTIMOLAZIONE CARDIACA	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		pag. 6 di 8
Cardiologia - P.O. SANTA MARIA DELLE GRAZIE - POZZUOLI		

FUORI dalla SALA:

p) Rimuovere la maschera FFP2/FFP3 maneggiandola dalla parte posteriore e smaltirla nel contenitore.

Sanificazione della Sala di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione Cardiaca e degli ambienti di transito

La sanificazione della Sala, della "Zona filtro" e del corridoio di transito è effettuata secondo i protocolli aziendali in uso, prevedendo che tutte le persone presenti si siano allontanate (*microdefender/pulizia con panni monouso disinfettanti wipe*).

All'esterno della Sala, sia *Zona filtro*, sia lato corridoio di accesso, vanno posti sul pavimento traverse bagnate con soluzione a base di candeggina.

Registro operatorio e del materiale utilizzato

È necessario predisporre un registro dei DPI utilizzati, nonché un registro specifico, in cui siano annotati tutti gli operatori partecipanti alla procedura.

Modalità di trasferimento in Morgue in caso di morte del paziente

Il trasferimento in Morgue deve essere effettuato con l'autoambulanza e con il personale sanitario che ha provveduto al trasporto del paziente in Sala di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione Cardiaca.

Vanno rispettate le procedure sanitarie specifiche ospedaliere.

MISURE DI PREVENZIONE

Misure ordinarie, già attuate per la prevenzione contro il rischio biologico in generale:

Si devono rispettare i percorsi ben separati per il materiale pulito/sporco con accorgimenti tecnici tali da ridurre al massimo l'esposizione di operatori e ambienti ad eventuali contaminazioni.

Tutte le superfici orizzontali (mobili, arredi, piani di lavoro, carrelli) presenti sono lavabili, disinfettabili e impermeabili. Si devono intensificare i controlli sulle procedure di lavaggio, disinfezione e sanificazione.

È presente nell'ambiente un adeguato ricambio aria (ventilazione naturale e artificiale).

È prevista la manutenzione e sostituzione periodica dei filtri degli impianti di climatizzazione.

I lavoratori controllano attentamente la possibile presenza di materiali organici che devono essere maneggiati ovvero rimossi SEMPRE con guanti idonei.

I lavoratori effettuano la pulizia delle attrezzature utilizzate sempre con i DPI indossati.

Si provvede a sostituire gli attrezzi in cattivo stato di conservazione con attrezzi affidabili e di buona qualità.

Durante l'attività non è consentito portare anelli, bracciali o altri monili evitare di mangiare, fumare, portarsi le mani alla bocca o agli occhi durante il lavoro.

Gli indumenti di lavoro e protettivi che possono essere contaminati da agenti biologici vengono tolti quando il lavoratore lascia la zona di lavoro, conservati separatamente dagli altri indumenti, disinfettati, puliti e, se necessario, eliminati come rifiuti a rischio biologico.

I lavoratori prestano massima attenzione alla pulizia delle mani ed in particolare: prima di toccare un paziente, prima di una manovra asettica, dopo esposizione a un liquido biologico, dopo il contatto col paziente, dopo il contatto con ciò che sta attorno al paziente. Si raccomanda di informare sempre il medico competente in caso di esposizione accidentale.

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI COVID-19 O SOSPETTI, CHE NECESSITANO DI ELETTROSTIMOLAZIONE CARDIACA	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		<i>pag. 5 di 8</i>
Cardiologia_ P.O. SANTA MARIA DELLE GRAZIE - POZZUOLI		

Nel suddetto ambiente il paziente sarà assistito, dopo la procedura, con l'ausilio del cardiologo di guardia, nelle more del trasferimento – da parte del personale dedicato al trasporto secondario dei pazienti afferenti in P.S. - in un altro P.O. dotato di Area-COVID-19 intensiva e/o sub-intensiva.

SVESTIZIONE del personale di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione Cardiaca che gestisce il paziente COVID-19

Prima della svestizione, bisogna attendere che il paziente esca dalla Sala e chiudere la porta.

La svestizione dell'*équipe* di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione Cardiaca (ed eventualmente del rianimatore e/o del tecnico di radiologia, che prestano l'assistenza" specifica durante tutta la procedura) deve essere effettuata nella "Zona filtro" dopo che il paziente sia uscito.

I DPI vanno rimossi all'interno dell'ambiente, tranne la maschera che va rimossa al di fuori per evitare di respirare in maniera "non protetta".

E' necessario utilizzare le seguenti precauzioni:

1. Evitare qualsiasi contatto tra DPI e viso, mucose, cute o capelli, prima del lavaggio delle mani
2. Smaltire i DPI mono-uso nell'apposito contenitore nell'area di svestizione
3. Decontaminare i DPI riutilizzabili
4. Rispettare la sequenza indicata.

DENTRO la "ZONA FILTRO":

- a) Eseguire igiene delle mani
- b) Nebulizzare sui camici soluzione disinfettante
- c) Rimuovere il camice sterile monouso e smaltirlo nel contenitore, con movimenti lenti e senza pressarlo, per non generare nebulizzazione
- d) Rimuovere il guanto esterno in un unico movimento, insieme al camice oppure separatamente (*glove-in-glove method* oppure *beak method*), ma comunque sempre evitando di toccarne la parte esterna e smaltirli nel contenitore dedicato, senza pressarli sul fondo del sacco per evitare di generare aerosol
- e) Per lo stesso motivo, non far riempire il sacco più di $\frac{3}{4}$ per evitare di doverne pressare il contenuto per chiuderlo
- f) Effettuare igiene delle mani (che ancora indossano il guanto interno)
- g) Rimuovere lo scudo facciale in maniera sicura e successivamente gli occhiali da smaltire, se monouso, altrimenti da sanificare; la visiera da sanificare va immersa in soluzione disinfettante (acqua e *virkon/candeggina*), posta in un "contenitore" dedicato, che va lasciato in Sala, anche durante la disinfezione con il *microdefender*.
- h) Eseguire igiene delle mani guantate
- i) Rimuovere la cuffia
- j) Rimuovere gambali copri-scarpe monouso
- k) Rimuovere il guanto interno
- l) Effettuare igiene mani
- m) Uscire dalla Sala e chiudere subito la porta.
- n) Rimuovere il camice di piombo
- o) Eseguire igiene mani.

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI COVID-19 O SOSPETTI, CHE NECESSITANO DI ELETTROSTIMOLAZIONE CARDIACA	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		pag. 4 di 8
Cardiologia_ P.O. SANTA MARIA DELLE GRAZIE - POZZUOLI		

Sala di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione Cardiaca

Il paziente viene trasferito, di norma, in Sala su una barella di biocontenimento, che viene riposta, dal personale che ha effettuato il trasferimento, nell'autoambulanza durante la procedura chirurgica. L'accesso avviene – come sottolineato precedentemente – attraverso la porta automatica ubicata in prossimità dell'uscita di sicurezza. Il paziente è posto sul lettino operatorio dall'unità infermieristica del Laboratorio di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione Cardiaca, in collaborazione con il personale sanitario di P.S. assegnato al "trasferimento protetto" dei pazienti COVID-19.

Il paziente deve essere ovviamente sottoposto a rilevazione di tutti i parametri vitali (in particolar modo temperatura corporea e SaO₂) ed eventuale emogasanalisi. Il cardiologo, che esegue le manovre al tavolo operatorio, dovrà utilizzare sistemi di protezione secondo i protocolli vigenti (DPI e materiale sterile). L'infermiere, protetto con DPI, deve limitare qualsiasi contatto, non necessario, con le superfici all'interno della Sala e dovrà avere accortezza, in caso di contatto, di sostituire il guanto esterno, di praticare l'igiene alle mani guantate ed indossare un paio di guanti puliti, prima di prendere qualsiasi dispositivo da scaffali e cassette.

L'impianto di pace-maker (o altro *device*, quale un defibrillatore impiantabile) va eseguito secondo i protocolli *standard* del Centro.

I materiali, da utilizzare durante la procedura, devono essere tutti presenti all'interno della Sala, onde evitare ingresso ed uscita di personale durante la procedura.

Trasferimento in "Terapia intensiva" e /o "sub-intensiva" COVID-19

Al termine della procedura, il paziente, con esposizione e/o sintomatologia COVID-19 e con positività del "tampona rapido molecolare" dovrà essere monitorato in terapia intensiva o sub-intensiva COVID-19 in un *setting* assistenziale adeguato alle sue condizioni cliniche.

I pazienti con "tampona rapido" negativo, ma con sintomi fortemente sospetti per infezione COVID-19, saranno monitorati in un ambiente di isolamento specifico in P.S. e dovranno attendere l'esito del tampona ordinario per COVID-19, ai fini dell'individuazione dell'ambiente successivo di ricovero.

I pazienti, in assenza di sintomatologia COVID-19, con esito diagnostico negativo del "tampona rapido molecolare" seguiranno il percorso standard e verranno instradati sul circuito ordinario (ricovero in Cardiologia o UTIC) e messi in stanza di isolamento, nelle more dell'esito del tampona standard molecolare effettuato in P.S.

Il trasferimento del paziente nel Reparto COVID dopo l'impianto di *pace-maker* o altro *device*, è effettuato con l'autoambulanza, di norma con barella di biocontenimento, con il personale che ha trasferito il paziente in Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione Cardiaca, personale che è contattato dall'*equipe* cardiologica, con un *cordless*, alla fine della procedura.

La comunicazione tra le *equipe* (cardiologica e medica di P.S.) dovrà definire anche le tempistiche di attesa, finalizzate alla organizzazione dei servizi.

In caso di impossibilità ad allocare il paziente nel Reparto Covid di Pozzuoli, dopo la procedura chirurgica, il paziente verrà condotto – nelle modalità già presenti in procedura - dal personale di P.S. in una stanza di osservazione del P.S. opportunamente attrezzata con "telecamera", monitor e tutti i dispositivi medici.

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI COVID-19 O SOSPETTI, CHE NECESSITANO DI ELETTROSTIMOLAZIONE CARDIACA	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		<i>pag. 3 di 8</i>
Cardiologia_ P.O. SANTA MARIA DELLE GRAZIE - POZZUOLI		

Modalità di preparazione dell'equipe di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione cardiaca

L'equipe sarà costituita di norma con almeno n. 2 figure professionali (1 cardiologo + 1 infermiere), nell'ottica di ridurre il numero degli operatori esposti al rischio di contagio e di ottimizzare i DPI. Eventuale *stand-by* del rianimatore (non necessariamente presente nella Sala) ed eventuale straordinaria presenza del tecnico di Radiologia, su richiesta del medico di P.S. e/o del cardiologo.

VESTIZIONE del personale di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione cardiaca che gestisce il paziente COVID-19

È fortemente suggerita la presenza di un osservatore durante le procedure di vestizione/svestizione, per recitazione del protocollo e monitoraggio visivo di possibile contaminazione.

VESTIZIONE (da eseguire nella Sala di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione Cardiaca, prima che il paziente arrivi in Sala):

1. Togliere qualsiasi monile ed ogni oggetto personale
2. Controllare l'integrità dei dispositivi
3. Praticare l'igiene delle mani con soluzioni o gel disinfettante a base alcolica o con acqua e sapone (da qui in avanti definita "igiene mani")
4. Indossare idoneo filtro filtrante facciale (FFP2/FFP3), facendolo ben aderire al volto (prova di tenuta)
5. Indossare la cuffia che copra completamente i capelli
6. Indossare il camice di piombo ed il collare anti X
7. Indossare i gambali copri-scarpe monouso
8. Indossare gli occhiali di protezione anti-X e lo scudo facciale (facendo attenzione a non interferire con l'aderenza della maschera al volto)
9. "Igiene mani"
10. Indossare il primo paio di guanti non sterile
11. Indossare il camice monouso DPI di III categoria per rischio biologico (sterile per operatori al tavolo operatorio); in caso di indisponibilità del suddetto camice, utilizzare una "tuta" mono-uso di III categoria non sterile, prima di indossare il camice di piombo ed il collare anti X e successivamente indossare camice mono-uso sterile)
12. Indossare il secondo paio di guanti (sterili chirurgici per operatori al tavolo operatorio), facendo attenzione a coprire completamente i polsi.

Il rianimatore ed il tecnico di radiologia, di norma non presenti, in caso sopravvenuta e straordinaria necessità di assistenza in Sala di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione Cardiaca, dovranno vestirsi, secondo le modalità suddescritte, nella "Zona filtro" che ha un accesso diretto nella Sala di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione Cardiaca, attraverso una seconda porta automatica scorrevole, chiusa dopo l'arrivo del paziente.

Qualora invece sia necessario, *ab initio*, l'ausilio del rianimatore, questi deve effettuare la vestizione e la svestizione, insieme all'Equipe di Elettrostimolazione, nelle more del trasferimento del paziente.

Si sottolinea che la Sala è sprovvista di respiratore automatico; pertanto la procedura non potrà essere eseguita su pazienti intubati.

	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DOMICILIARE DEI PAZIENTI POSITIVI A SARS-COV-2	Rev. 01
		Emissione: agosto 2021
		<i>pag. 1 di 15</i>

ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DOMICILIARE DEI PAZIENTI POSITIVI A SARS COV-2

Redazione:

Funzione	Nome	Firma
Direttore UOC MeCAU P.O. Pozzuoli Responsabile Clinico Percorsi Covid Aziendali	Dott. Fabio Giuliano Numis	F.to in originale
Direttore UOC Cure Primarie	Dott. Antonio Cajafa	F.to in originale
Direttore UOC Prevenzione e Protezione	Dott.ssa Maria Rosaria Basile	F.to in originale
Direttore f.f. UOC Epidemiologia e Prevenzione	Dott.ssa Maria Rosaria Granata	F.to in originale
Direttore Distretto 35	Dott.ssa Loredana Pacelli	F.to in originale
Centrale USCA	Ing. Iolanda Somma	F.to in originale
Healt Risk Manager aziendale	Ing. Fabio Russo	F.to in originale
Staff Direzione Sanitaria Aziendale	Dott.ssa Daniela De Riso	F.to in originale
Staff Direzione Sanitaria Aziendale	Dott.ssa Veronica Minieri	F.to in originale

Verifica:

Funzione	Nome	Firma
Appropriatezza Clinica e Organizzativa	Paola Sapio	F.to in originale
Qualità e Risk Management	Fabio Dorato	F.to in originale

Approvazione:

Funzione	Nome	Firma
Unità di Crisi Aziendale U.C.A. Coordinatore	Maria Rosaria Basile	F.to in originale

Ratifica:

Funzione	Nome	Firma
Direttore Sanitario Aziendale	Monica Vanni	F.to in originale

	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DOMICILIARE DEI PAZIENTI POSITIVI A SARS-COV-2	Rev. 01
		Emissione: agosto 2021
		<i>pag. 2 di 15</i>

PREMESSA

Il presente documento illustra le raccomandazioni essenziali ai Clinici coinvolti nella cura delle persone affette da CoViD-19 ed è stato redatto:

- in continuità con il precedente testo trasmesso in data 03.11.2020;
- sulla scorta delle evidenze acquisite dalla sua applicazione;
- in base a quanto previsto dalle Circolari Ministeriali relative alla "Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2" pubblicate fino alla data di redazione;

ponendo particolare attenzione alle seguenti priorità:

- ridurre i rischi di ospedalizzazione tardiva intercettando tempestivamente i pazienti con un quadro clinico ed un impegno respiratorio in evoluzione;
- indirizzare al ricovero solo i pazienti per cui quella ospedaliera è la gestione più opportuna riducendo, quindi, il rischio di substandard care per overcrowding dei PP.SS. e overbooking degli ospedali.

Il presente documento operativo sarà oggetto di opportuno aggiornamento e/o revisione in base all'evolversi dei dati, della letteratura scientifica e delle CC.MM..

GESTIONE DEL TNF

1. MODALITÀ DI RICHIESTA

In base alle condizioni cliniche del Paziente, il tampone per la ricerca molecolare di SARS-Cov-2 può essere effettuato al casello sanitario o al domicilio, le cui modalità di richiesta sono:

richiesta tampone al casello: la richiesta da parte del MMG/PLS andrà effettuata utilizzando la piattaforma e-covid, mentre le Unità Territoriale Covid (UTC) inviano le richieste tramite un file excel al "Gruppo Centrale Tamponi";

richiesta tampone al domicilio: la richiesta può essere effettuata da parte di MMG/PLS, CA/STP e UT Covid utilizzando il gestionale aziendale al link <https://covid19.asnapoli2nord.it/>.

2. FUNZIONI DEL "GRUPPO CENTRALE TAMPONI"

Questo provvederà a:

- **calendarizzare gli appuntamenti** presso i caselli sanitari in base all'afferenza territoriale;
- **inviare un sms** all'assistito comunicando luogo, data e orario di esecuzione del tampone.

	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DOMICILIARE DEI PAZIENTI POSITIVI A SARS-COV-2	Rev. 01
		Emissione: agosto 2021
		<i>pag. 3 di 15</i>

3. GESTIONE DEL REFERTO DEL TNF

L'esito del TNF e relativo referto in formato pdf, può essere consultato e stampato, dalla piattaforma e-covid, dai MMG/PLS e dalle UT Covid, nonché dal paziente (in possesso di una tessera sanitaria attiva) utilizzando l'App e-covid.

A seguito di referto positivo la **UT Covid** di competenza territoriale:

- ha pertinenza per la **disposizione di isolamento** e per la conseguente attività di **contact tracing** utilizzando la piattaforma Sinfonia;
- provvederà poi alla successiva richiesta di tampone di guarigione e disporrà **la fine dell'isolamento** utilizzando la piattaforma Sinfonia.

I MMG/PLS potranno visualizzare in tempo reale le disposizioni emanate dall'UT Covid mediante l'App e-covid e utilizzarle per le attività collegate al rilascio delle certificazioni su Sistema TS.

NB: per tutto quanto è previsto in relazione al periodo di isolamento/quarantena il riferimento è alle specifiche Circolari vigenti.

GESTIONE DOMICILIARE DEL PAZIENTE

1. CLASSIFICAZIONE DEI SOGGETTI DESTINATARI DELLE ATTIVITÀ

I pazienti, posti in isolamento domiciliare, che devono essere monitorati sul territorio sono:

- **il contatto stretto di caso indice;**
- **il contatto paucisintomatico con tampone positivo/negativo;**
- **il positivo asintomatico/paucisintomatico;**
- **il positivo sintomatico;**
- **il paziente dimesso dall'ospedale clinicamente guarito ma ancora SARS Cov-2 positivo.**

La presa in carico e il monitoraggio del paziente CoViD-19 da parte del MMG/PLS si estende per tutto il periodo di quarantena o isolamento.

La sorveglianza dei soggetti sopraindicati avviene con triage telefonico ed è finalizzata a:

1. la precoce individuazione dei casi sintomatici;
2. l'attivazione dell'Unità Speciale di Continuità Assistenziale (*in seguito USCA*) competente per territorio, utilizzando le istruzioni di seguito indicate.

	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DOMICILIARE DEI PAZIENTI POSITIVI A SARS-COV-2	Rev. 01
		Emissione: agosto 2021
		<i>pag. 4 di 15</i>

2. RICHIESTA DI VISITA DOMICILIARE USCA

I MMG / PLS, i medici di CA / STP e le UT Covid, potranno richiedere l'attivazione dell'USCA competente per territorio collegandosi alla specifica pagina web aziendale, il cui collegamento ipertestuale <https://www.aslnapoli2nord.it/richiesta-visita-domiciliare/> è all'interno dell'area riservata del sito ASL Napoli 2 Nord.

3. FUNZIONI DEL “GRUPPO CENTRALE USCA”

Gestione richieste TNF a domicilio

Le richieste di TNF a domicilio effettuate da parte di MMG/PLS, CA/STP e UT Covid, vengono visualizzate dal Gruppo Centrale USCA attraverso il gestionale aziendale al link <https://covid19.aslnapoli2nord.it/>.

Il Gruppo Centrale USCA, quindi:

- provvede alla **programmazione dei calendari** dei TNF a domicilio in base all'ordine di priorità e per territorio di afferenza del domicilio del paziente;
- **prenota**, attraverso il gestionale aziendale direttamente su OpenLis, il TNF da eseguire a domicilio;
- **genera l'etichetta** che i TEAM USCA distrettuali apporranno sulle provette dei campioni prelevati.

Gestione richieste visite domiciliari per soggetti positivi al SARS-CoV-2

Il Gruppo Centrale USCA provvede a:

- monitorare le richieste di visite domiciliari pervenute attraverso apposita pagina web aziendale (rif. “*Richiesta di visita domiciliare USCA*”);
- calendarizzare le richieste in base alle afferenze territoriali e all'ordine di arrivo;
- inviare i calendari delle richieste di presa in carico, differenziate per territorio, alle apposite e-mail USCA distrettuali.

Tali richieste dovranno essere inviate dalle **8,00 alle 10,30** per permettere la programmazione dell'attività giornaliera e dalle **16,00 alle 17,00** per quella pomeridiana e del giorno successivo.

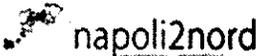
4. COMPETENZE DEI MEDICI USCA

I medici USCA svolgono a domicilio:

- esecuzione TNF;
- attività clinica;

con servizio garantito tutti i giorni dalle ore **8:00 alle ore 20:00** in ogni Distretto dell'ASL.

Il mezzo di trasporto è un'automedica messa a disposizione dell'USCA dal Direttore del Distretto, sanificata alla fine di ogni turno di lavoro.

	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DOMICILIARE DEI PAZIENTI POSITIVI A SARS-COV-2	Rev. 01
		Emissione: agosto 2021
		<i>pag. 5 di 15</i>

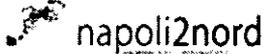
Procedura operativa per l'esecuzione dei tamponi a domicilio

I medici USCA:

<i>il calendario</i>	attraverso il gestionale aziendale https://covid19.aslnapoli2nord.it/ visualizzano quotidianamente il calendario dei tamponi da eseguire a domicilio
<i>l'appuntamento</i>	contattano telefonicamente i pazienti per appuntamento orario, il giorno prima per il giorno dopo
<i>l'attività giornaliera</i>	stampano attraverso l'interfaccia del gestionale aziendale l'elenco dei TNF programmati, come traccia delle attività da risolvere nella giornata e per visualizzare le info necessarie per recarsi a domicilio
<i>le etichette</i>	stampano, sempre attraverso lo stesso gestionale aziendale, le etichette da apporre sulle provette, generate dal Gruppo Centrale USCA in fase di prenotazione del tampone
<i>l'identificazione</i>	identificano il soggetto da sottoporre al test previa presentazione di un documento di identità
<i>il TNF</i>	effettuano il TNF e sulla relativa provetta appongono il corrispondente barcode precedentemente stampato
<i>la consegna dei TNF effettuati</i>	il Team USCA consegnerà i tamponi al Drive in più vicino alla sede Distrettuale di appartenenza che successivamente, mediante il servizio trasporti i campioni, saranno indirizzati ai Laboratori Presidiali di Pozzuoli e Giugliano. La consegna dei tamponi prevede la firma, da parte di chi conferisce e di chi accetta, su duplice copia dell'elenco analitico dei tamponi, di cui una va consegnata al laboratorio e l'altra resta al medico USCA per la prevista archiviazione

Il Gruppo Centrale USCA:

<i>la verifica</i>	a fine giornata verifica, attraverso il gestionale aziendale, l'attività di TNF a domicilio espletata dai team USCA
--------------------	---

	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DOMICILIARE DEI PAZIENTI POSITIVI A SARS-COV-2	Rev. 01
		Emissione: agosto 2021
		<i>pag. 6 di 15</i>

Procedura operativa per l'esecuzione della visita domiciliare USCA

<i>il Gruppo Centrale USCA</i>	<p>segnala ai medici USCA le visite da effettuare a domicilio, tramite il file excel "calendario visite" con la programmazione giornaliera</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. previo Triage telefonico, valuta l'appropriatezza della richiesta e fa una prima valutazione dello stato del paziente e programma l'accesso a domicilio; 2. a domicilio identifica il soggetto da sottoporre a visita previa presentazione di un documento di identità; 3. effettua la visita; 4. valutate le condizioni cliniche del paziente e, sulla base di quanto successivamente previsto nella "Visita Medica":
<i>il Medico USCA</i>	<ul style="list-style-type: none"> - concorda l'eventuale terapia con il MMG/PLS che ha in carico il soggetto, il quale provvede alla prescrizione dei farmaci attraverso le normali procedure; - agevola il ricovero ospedaliero contattando la Centrale Operativa 118. <ol style="list-style-type: none"> 5. al termine di ogni visita, dopo la svestizione, provvederà a compilare il DIARIO CLINICO USCA (<i>allegato n.1</i>) che avrà cura di archiviare presso la propria sede distrettuale; 6. alla fine del turno provvede al passaggio di consegne ad altro Team USCA.
<i>il Team USCA</i>	<p>settimanalmente (<i>il sabato a fine turno pomeridiano/domenica mattina di ogni settimana</i>) invierà il file "Agenda di monitoraggio pz in gestione domiciliare" come feedback delle attività espletate al gruppo centrale USCA (<i>centraeusca@aslnapoli2nord.it</i>)</p>

NB: per la gestione in sicurezza delle attività domiciliari i medici USCA dovranno rifarsi al documento "USCA – Percorso in sicurezza per la gestione domiciliare dei pazienti da sottoporre a tampone SARS-CoV2" (*allegato n.2*).

5. COMPETENZE DEL DIRETTORE DI DISTRETTO

La Direzione di Distretto provvede a:

- gestire e rendicontare le presenze del Team USCA;
- organizzare le attività dei medici USCA dandone comunicazione al Gruppo Centrale USCA e per conoscenza alla UOC Cure Primarie;

	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DOMICILIARE DEI PAZIENTI POSITIVI A SARS-COV-2	Rev. 01
		Emissione: agosto 2021
		<i>pag. 7 di 15</i>

- individuare il sito di stoccaggio dei rifiuti sanitari a rischio infettivo prodotti durante l'attività e provvede alla gestione del relativo smaltimento;
- rendere disponibile l'auto medica ed individuare il luogo di stazionamento della stessa e la relativa sanificazione;
- fornire i DPI (*allegato n.2*) necessari alle diverse attività;
- garantire la disponibilità di una postazione PC con relativa stampante per le attività necessarie;
- organizzare eventuali vaccinazioni anti-Covid 19 domiciliari.

6. COMPETENZE DEL DIPARTIMENTO FARMACEUTICO

Il Dipartimento Farmaceutico provvede, su richiesta dei Direttori di Distretto, alla fornitura del materiale indispensabile alle attività USCA.

In particolare, fornirà in numero adeguato, come da indicazione della UOC Prevenzione e Protezione, i DPI nonché le soluzioni igienizzanti e sanificanti necessarie per le attività.

7. COMPETENZE DEL DIPARTIMENTO DI LABORATORIO

Il Dipartimento di Laboratorio provvede, su richiesta dei Direttori di Distretto, alla fornitura dei tamponi e dei contenitori degli stessi necessari per le attività.

8. VISITA MEDICA (VALUTAZIONE DEL CASO SOSPETTO - MONITORAGGIO CASO ACCERTATO – INDICAZIONI AL RICOVERO)

Con gestione corretta del paziente COVID-19 sospetto o accertato si intende:

- realizzare l'assistenza nel setting più adeguato alla specifica situazione clinica;
- individuare in maniera appropriata i pazienti da ospedalizzare sia per ridurre i rischi di substandard care, sia per non affollare gli Ospedali ed i relativi Pronto Soccorso.

Nel contesto domiciliare, i MMG e i PLS rivestono un ruolo cruciale in quanto, con la collaborazione del personale medico ed infermieristico USCA, effettuano interventi di natura preventiva, educativa e riabilitativa al fine di fronteggiare i bisogni assistenziali di nuova insorgenza, unitamente a quelli complessi preesistenti, dei propri assistiti.

Nella gestione dei pazienti si deve tener presente che, per quanto fin qui clinicamente rilevato, le complicanze del Covid-19 si presentano spesso in maniera subdola, con un quadro clinico di cui il paziente non ne avverte la gravità se non quando la compromissione della propria funzione polmonare ha raggiunto un grado avanzato con la possibilità di limitare a domicilio l'aggravamento patologico ridotta drasticamente.

Per quanto detto, il paziente positivo al Covid-19 a domicilio, anche e soprattutto per quelli sintomatici lievi, deve essere soggetto **quotidianamente** (*anche telefonicamente*) ad un

	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DOMICILIARE DEI PAZIENTI POSITIVI A SARS-COV-2	Rev. 01
		Emissione: agosto 2021
		pag. 8 di 15

monitoraggio e valutazione dei parametri di riferimento anche con l'obiettivo di identificare i pazienti:

- paucisintomatici;
- che possono beneficiare di terapia precoce con anticorpi monoclonali (*riferirsi ai criteri indicati nella più recente Determina AIFA*);
- che necessitano di ospedalizzazione.

Per le suddette finalità e tenendo conto della non trascurabile probabilità di progressione verso forme più severe (*10 – 15% dei casi*) il paziente dovrà essere correttamente istruito su modalità e necessità di comunicare il prima possibile la variazione dei parametri specifici rispetto ai valori basali per consentire una tempestiva rivalutazione del quadro clinico e ridurre al minimo il rischio di ospedalizzazione tardiva.

Lo scopo principale delle presenti istruzioni è, quindi, quello di uniformare l'approccio al paziente Covid sospetto o accertato degli Operatori sanitari dell'ASL Napoli 2 nord, siano essi del Pronto Soccorso, del 118 o delle USCA, discriminando opportunamente ed appropriatamente i pazienti da ricoverare e quelli da seguire a domicilio.

Premettendo che il quadro clinico della patologia da Covid-19 può variare da forme asintomatiche o paucisintomatiche e lievi, a forme gravi caratterizzate da insufficienza respiratoria e multiorgano che necessitano di supporto intensivo in ambiente ospedaliero, il decorso clinico dell'infezione può essere schematicamente riassunto in tre fasi:

<i>quadro iniziale</i>	durante la quale SARS-CoV-2, dopo essersi legato ad ACE2 ed essere penetrato all'interno delle cellule dell'ospite, inizia la replicazione. In un'elevata percentuale di casi, specie nei soggetti più giovani, l'infezione è del tutto asintomatica. Nei casi sintomatici, questa fase si caratterizza generalmente con la presenza di malessere generale, febbre e tosse secca. Nei casi in cui il sistema immunitario dell'ospite riesce a bloccare l'infezione in questo stadio il decorso è, prevalentemente, benigno
<i>quadro evolutivo</i>	la malattia può evolvere caratterizzandosi con alterazioni morfofunzionali a livello polmonare causate sia dagli effetti citopatici del virus sia dalla risposta immunitaria dell'ospite. Tale fase si caratterizza per un quadro di polmonite interstiziale, spesso bilaterale, associata ad una sintomatologia respiratoria che nella fase precoce è generalmente limitata, ma che può, successivamente, sfociare verso una progressiva instabilità clinica con insufficienza respiratoria. Il fenomeno della cosiddetta "ipossiemia silente, caratterizzato da bassi valori di ossigenazione ematica in assenza di sensazione di dispnea soggettiva, è caratteristico di questa fase di malattia
<i>quadro ingravescente</i>	il quadro evolutivo, seppur non molto frequente, può progredire provocando una tempesta citochinica con conseguente stato

iperinfiammatorio, che determina conseguenze locali e sistemiche, rappresentando un fattore prognostico negativo producendo, a livello polmonare, quadri di vasculopatia arteriosa e venosa con trombizzazione dei piccoli vasi ed evoluzione verso lesioni polmonari gravi e, talvolta, permanenti (fibrosi polmonare). La progressione di questo gravissimo quadro clinico porta ad una ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) grave e, in alcuni casi, all'insorgere di fenomeni di coagulazione intravascolare disseminata. In questa fase, si è osservata un'alterazione progressiva di alcuni parametri infiammatori, quali PCR, ferritina, e citochine pro-infiammatorie (IL2, IL6, IL7, IL10, GSCF, IP10, MCP1, MIP1A e TNF α) nonché coagulativi, quali aumentati livelli dei prodotti di degradazione della fibrina come il D-dimero, consumo di fattori della coagulazione, trombocitopenia

I *National Institutes of Health*, sulla base di queste tre fasi, hanno formulato una classificazione in cui si individuano **5 stadi clinici della malattia COVID-19** riassunti nella seguente tabella.

Tabella: Stadi clinici della malattia COVID-19 in base alla classificazione NIH

Stadio	Caratteristiche
infezione asintomatica o presintomatica	diagnosi d'infezione da SARS-CoV-2 in completa assenza di sintomi
malattia lieve	presenza di sintomatologia lieve (<i>es. febbre, tosse, alterazione dei gusti, malessere, cefalea, mialgie</i>) ma in assenza di dispnea e alterazioni radiologiche
malattia moderata	SpO2 \geq 94% e evidenza clinica o radiologica di polmonite
malattia severa	SpO2 < 94%, PaO2/FiO2 < 300, frequenza respiratoria > 30 atti/min (nell'adulto) o infiltrati polmonari > 50%
malattia critica	insufficienza respiratoria, shock settico, e/o insufficienza multiorgano

I pazienti a basso rischio

Sono definiti dall'assenza di fattori di rischio aumentato (*ad esempio patologie neoplastiche o immunodepressione*) e sulla base delle seguenti caratteristiche:

- sintomatologia simil-influenzale (*ad esempio: rinite, tosse senza difficoltà respiratoria, mialgie, cefalea*);
- assenza di dispnea e tachipnea (*documentando, ogni qualvolta possibile, la presenza di una SpO2 > 92%*);
- febbre \leq 38 °C o >38 °C da meno di 72 ore;
- sintomi gastro-enterici (*in assenza di disidratazione e/o plurime scariche diarroiche*);
- astenia, ageusia / disgeusia / anosmia.

	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DOMICILIARE DEI PAZIENTI POSITIVI A SARS-COV-2	Rev. 01
		Emissione: agosto 2021
		<i>pag. 10 di 15</i>

Condizioni agevolanti un quadro infettivo severo

I dati di letteratura attualmente disponibili hanno evidenziato un'associazione significativa tra l'incidenza di forme clinicamente severe d'infezione da SARS-CoV-2 e le seguenti condizioni:

<i>età:</i>	maggiore di 65 anni
<i>sexo:</i>	maschile
<i>comportamenti:</i>	abitudine tabagica
<i>patologie croniche:</i>	<ul style="list-style-type: none"> - neoplasie; - stati di immunodepressione; - obesità (BMI \geq 30 kg/m²); - malattia cerebrovascolare; - demenze; - malattie cardiovascolari (come ipertensione arteriosa, fibrillazione atriale, scompenso cardiaco, cardiomiopatie, malattia coronarica); - diabete mellito di tipo I e di tipo II; - insufficienza renale cronica; - pneumopatie croniche (BPCO, asma grave o moderata, fibrosi cistica, interstiziopatie, ipertensione polmonare).

Atipicità e Alert

Particolare attenzione va posta:

- al **paziente anziano** poiché i sintomi tipici dell'infezione da SARS-COV-2 (*es. febbre, tosse, disturbi gastrointestinali, ageusia/disgeusia e anosmia*) sono riscontrati meno frequentemente che nei giovani e l'eventuale presenza di deficit della comunicazione associati ad alcune patologie dell'età avanzata (*es. demenza*), potrebbero renderne difficile l'identificazione. Inoltre, nel paziente anziano è importante considerare alcuni sintomi atipici di COVID-19 quali delirium, cadute, apatia, sonnolenza, confusione/disorientamento, modifica stato funzionale;
- ai **segni e sintomi di natura psichica**, alcuni studi hanno dimostrato, in corso di COVID-19 un aumento del rischio di ansia, sintomi depressivi e rischio suicidario.

Quantificazione gravità del quadro clinico osservato e della sua evoluzione

Score utilizzabile, sia perché dinamico e mirato ad identificare precocemente eventuali variazioni significative nelle condizioni cliniche del paziente, sia al fine di adottare un comune linguaggio a livello nazionale, è il Modified Early Warning Score o **MEWS** (tabella di seguito) nonché il **MEOWS** (sua rimodulazione per pazienti in stato di gravidanza – vedere successivo paragrafo), i quali, in associazione al dato pulsossimetrico a riposo o sotto sforzo, devono essere utilizzati nella valutazione iniziale e nel periodo di follow up.

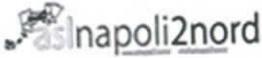
La pulsossimetria consente di valutare la saturazione periferica di ossigeno (SpO2) a riposo e sotto sforzo (*test rapido del cammino* o test della sedia***).

L'instabilità clinica è correlata all'alterazione dei parametri fisiologici (*pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, livello di coscienza, saturazione di ossigeno*) e permette di identificare il rischio di un rapido peggioramento clinico o di morte. Attraverso la scala MEWS, i pazienti vengono stratificati nei seguenti gruppi di rischio:

score 0 - 2	rischio basso /stabile
score 3 - 4	rischio medio /instabile
score 5	rischio alto /critico

Tabella: Modified Early Warning Score (MEWS)

	3	2	1	0	1	2	3	Valore
Frequenza Respiratoria		<9		9-14	15-20	21-29	>30
Frequenza Cardiaca		<40	41-50	51-100	101-110	111-129	>130
Pressione Arteriosa Sistolica	<70	71-80	81-100	101-199		>200	
Livello di coscienza				Vigile	Risponde allo stimolo verbale	Risponde allo stimolo doloroso	Non risponde
Temperatura Corporea (°C)		<35		35-38,4		>38,5	
Comorbidità								

	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DOMICILIARE DEI PAZIENTI POSITIVI A SARS-COV-2	Rev. 01
		Emissione: agosto 2021
		pag. 12 di 15

Paziente in stato di gravidanza

In questo caso è necessario utilizzare il Modified Early Obstetric Warning Score o **MEOWS** (tabella di seguito). Nel MEOWS ciascun parametro viene graduato in livelli in base ai valori soglia di fisiologia e patologia e a ciascuno di essi, in caso di alterazione, è attribuito un codice colore (*giallo o rosso*). La presenza e il numero di parametri con valori corrispondenti ai codici colore rosso e giallo forniscono la misura dello scostamento dalla fisiologia normale e il tipo di risposta da attuare.

Tabella: Modified Early Obstetric Warning Score (MEOWS)

Frequenza Respiratoria	≥ 25	≥ 20	11-19		≤ 10
Frequenza Cardiaca	≥ 120	100-119	61-99	60-51	≤ 50
Pressione Arteriosa Sistolica	≥ 160	140-159	101-139	91-100	≤ 90
Pressione Arteriosa Diastolica	≥ 100	90-99	51-89	41-50	≤ 40
SpO2			96-100%		≤ 95
Livello di coscienza	Non risponde	Risponde a stimoli verbali	Vigile		Risponde a stimoli dolorifici
Temperatura Corporea (°C)	≥ 38	37	36.0-37.4	35.1-35.9	≤ 35.0

La valutazione del MEWS o MEOWS

Premesso quando già indicato per il calcolo e la valutazione dello score, un'efficace rilevazione della variazione significativa dei parametri rispetto alle determinazioni effettuate al baseline e, quindi, di una possibile progressione verso forme più severe, prevede **la misurazione dei parametri previsti dallo score almeno ogni 12 ore**.

Monitoraggio e valutazione della saturazione dell'ossigeno mediante il pulsossimetro

Premesso quanto precedente indicato per la valutazione del quadro clinico e tenuto conto che i pazienti affetti da Covid-19 a maggior rischio di mortalità sono quelli che si presentano con livelli più bassi di ossigenazione ematica, è **fondamentale monitorare e valutare questo specifico parametro**.

In particolare, ci si può riferire alle seguenti indicazioni per **pazienti sani adulti**:

- è considerata **normale** una saturazione **superiore al 95%**;
- una condizione con **95% ≥ SpO₂ > 92%** è da considerare **d'attenzione** ma con bassa probabilità di associarsi ad un quadro di polmonite interstiziale grave;
- una condizione con **SpO₂ ≤ 92%** deve ritenersi **d'allarme**.

	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DOMICILIARE DEI PAZIENTI POSITIVI A SARS-COV-2	Rev. 01
		Emissione: agosto 2021
		<i>pag. 13 di 15</i>

Pazienti affetti da BPCO

Nella valutazione dei segni indicati al paragrafo precedente, si deve tener presente che per pazienti affetti da BPCO la saturazione, indicativamente, risulta mediamente ridotta di circa 3 punti percentuali rispetto al paziente sano.

Gestione domiciliare USCA – setting assistenziale e terapia

Precisando le seguenti:

test rapido del cammino	è un test molto semplice che consente di slatentizzare una insufficienza respiratoria in fase iniziale e consiste nel far compier trenta passi o una rampa di scale al paziente. Sarà considerato negativo se la riduzione della SpO ₂ è inferiore al 3%
test rapido della sedia	consente di slatentizzare una desaturazione sotto sforzo e consiste nell'utilizzo di una sedia senza braccioli, alta 45cm, appoggiata alla parete, dove il paziente, senza l'aiuto delle mani e delle braccia e con le gambe aperte altezza fianchi, in un minuto deve eseguire il maggior numero di ripetizioni alzandosi e sedendosi con gambe piegate a 90°. Sarà considerato negativo se la riduzione della SpO ₂ è inferiore al 3%.
test all'Ossigeno	consiste nel somministrare ossigeno ad una FiO ₂ del 28-32% (<i>cannule nasali a 2-3 L/min per 15 minuti</i>). Sarà considerato negativo se la SpO ₂ risulterà maggiore del 93%
setting BASSO RISCHIO	prevede la rilevazione dei parametri telefonicamente quantomeno una volta al giorno
setting RISCHIO EVOLUTIVO	prevede la rilevazione dei parametri telefonicamente quantomeno una volta al giorno ed almeno una visita a domicilio ogni 48h
setting QUADRO EVOLUTIVO	prevede la rilevazione dei parametri telefonicamente quantomeno ogni 12h ed almeno una visita domiciliare ogni 24h , nonché un riferimento telefonico dedicato

La gestione domiciliare USCA del caso sospetto / accertato, da effettuarsi con riferimento al valore di ossigenazione ematica, avverrà con le modalità indicate nel seguente schema:

GESTIONE DOMICILIARE USCA PAZIENTE COVIDpos – SETTING ASSISTENZIALE E TERAPIA

SATURAZIONE CASO SOSPETTO / ACCERTATO	PARAMETRI / PRESENTAZIONE CLINICA	SETTING PAZIENTE / ASSISTENZIALE <i>(da riportare nel diario clinico)</i>	GESTIONE	TERAPIA			
				trattamento di supporto	trattamento antivirale	trattamento steroideo	trattamento antibiotico
SpO₂ > 95% CONDIZIONE RASSICURANTE	asintomatico o paucisintomatico (sintomi costituzionali)	BASSO RISCHIO	A DOMICILIO	<i>(opzionale)</i> Vit. C: 1 g bid per 7 giorni; Berocca: 300 mg 1 cp/die per 7 giorni;	NO	NO	NO
95% ≥ SpO₂ > 92% CONDIZIONE D'ATTENZIONE	- T ≤ 38°C oppure T > 38°C da meno di 72h; - test del cammino o della sedia negativo ;	RISCHIO NON EVOLUTIVO	A DOMICILIO	Vit. C: 1 g bid; Vit. D: 5000 UI bid (Dibase 10000, 20 gtt x 2) (terapia x 10 giorni); Paracetamolo: 1 g se febbre > 38°; Ibuprofene: 400 mg bid in caso di sintomi costituzionali; <i>(solo per i pazienti a RISCHIO EVOLUTIVO)</i> Ab monoclonali; Colchicina;	NO	NO	NO
	- T > 38°C da più di 72h; - test del cammino o della sedia negativo ;	RISCHIO EVOLUTIVO					
	- test del cammino o della sedia positivo ;						
SpO₂ ≤ 92% CONDIZIONE D'ALLARME	- T ≤ 38°C oppure T > 38°C da meno di 72h; - test O2 negativo ;	QUADRO EVOLUTIVO <i>(setting ass. nel caso il pz rifiutasse il trasferimento in ospedale)</i>	118	<i>(solo nel caso il paziente rifiutasse il trasferimento in ospedale)</i> Vit. C: 1 g bid; Vit. D: 5000 UI bid (Dibase 10000, 20 gtt x 2) (Terapia x 10 giorni); Paracetamolo: 1 g se febbre > 38°; Enoxaparina :4000 s.c.	NO	Deltacortene: 0.5-1 mg/kg di peso per 7 giorni poi dimezzare la dose per altri 7 giorni	a giudizio clinico e solo nel sospetto di concomitante infezione batterica
	oppure						
	A DOMICILIO <i>(se il pz rifiutasse il trasferimento in ospedale)</i>						
- T > 38°C da più di 72h; - test O2 negativo ;							
- test O2 positivo ;							

NOTE:

- i dati della letteratura scientifica finora pubblicati **non raccomandano l'utilizzo dell'IDROSSICLOROCHINA nei pazienti gestiti a domicilio**. La terapia antibiotica empirica va riservata solo nei casi in cui si sospetta fortemente una co- o sovra-infezione batterica. La terapia corticosteroidica va riservata ai casi in cui è forte il sospetto di un coinvolgimento polmonare dell'infezione da SARS-CoV-2 (SpO₂ < 92%, dispnea, tosse persistente, rilievo ecografico di impegno interstiziale polmonare);
- un solo studio randomizzato controllato ha evidenziato l'efficacia della **COLCHICINA** nel ridurre la mortalità ed il rischio di ospedalizzazione (somministrato alla dose di 0.5 mg per 2 volte al giorno per 3 giorni poi 1 volta al giorno per 27 giorni). Nell'evidenza della necessità di ulteriori studi, linee guida non escludono la possibilità di somministrare tale farmaco nel sottogruppo di pazienti a più elevato rischio evolutivo;
- *Rif. linee di indirizzo a cura del dott. Fabio G. Numis, Direttore UOC MeCAU del P.O. "Santa Maria delle Grazie" Pozzuoli e Responsabile percorsi clinici COVID*
Bibliografia: 1. Circolare Ministeriale n. 0017948 del 26/04/2021 "Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2" – 2. Bassetti M. et al. Infect Dis Ther 2021 <https://doi.org/10.1007/s40121-021-00487-7> – 3. Tardif JC. et al. Lancet Respir Med 2021; 9:924-932.

	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DOMICILIARE DEI PAZIENTI POSITIVI A SARS-COV-2	Rev. 01
		Emissione: agosto 2021
		<i>pag. 15 di 15</i>

Alert

Si elencano, di seguito, alcune situazioni in cui la Centrale, i Team e i medici USCA devono prestare ulteriore attenzione:

Centrale USCA:	<ul style="list-style-type: none"> - alle richieste di presa in carico clinico a domicilio per pazienti covid+ in cui il MMG richiedente riferisce SpO₂ ≤ 92%;
Team USCA:	<ul style="list-style-type: none"> - ai pazienti da prendere in carico che presentano nelle schede di richiesta un valore SpO₂ ≤ 92%, per cui il contatto deve essere prioritario; - effettuare il triage telefonico segnalando al paziente (o chi per esso) la necessità di un saturimetro affidabile e programmando prioritariamente l'accesso al domicilio dei pazienti che riferiscono una SpO₂ ≤ 92% (visita al massimo entro 24h); - garantire una continua e costante assistenza infermieristica per la somministrazione di terapie prescritte dal medico USCA in sinergia con il MMG; - nel caso che il paziente, al momento del triage telefonico, oppure il MMG, riferisca una T > 38°C, deve essere prevista l'assunzione di FANS o paracetamolo prima della visita a domicilio;
Medici USCA:	<ul style="list-style-type: none"> - è importantissimo identificare i pazienti che potrebbero beneficiare della terapia precoce con anticorpi monoclonali.

L'informazione scritta al paziente

Ad integrazione di quanto i Medici USCA comunicheranno al paziente (*e al caregiver / familiari*) durante i contatti ed al consenso al trattamento sanitario / privacy, sarà rilasciata una nota informativa (allegato 3) inclusiva di:

- una breve descrizione della patologia;
- la segnalazione dei parametri significativi e le relative modalità di rilevazione;
- indicazione circa le caratteristiche minime del pulsossimetro da utilizzare a domicilio (*marcatatura CE come Dispositivo Medico ai sensi della normativa vigente, con classe di rischio non inferiore a IIA*);
- la descrizione delle possibili situazioni evolutive o di allarme al fine di ridurre il rischio di ospedalizzazione tardiva;
- il riferimento telefonico del Team USCA e quello dedicato ai setting assistenziali in evoluzione con gli orari di servizio.

DIARIO CLINICO

Data e ora	Esame obiettivo	Terapia
	TC: _____ FC: _____ FR: _____ PA: _____ SpO ₂ basale: _____ SpO ₂ test rapido: _____ SpO ₂ test all'O ₂ : _____ Orientamento clinico: <input type="checkbox"/> Basso Rischio <input type="checkbox"/> Rischio Non Evolutivo <input type="checkbox"/> Rischio Evolutivo <input type="checkbox"/> Quadro Evolutivo	
	TC: _____ FC: _____ FR: _____ PA: _____ SpO ₂ basale: _____ SpO ₂ test rapido: _____ SpO ₂ test all'O ₂ : _____ Orientamento clinico: <input type="checkbox"/> Basso Rischio <input type="checkbox"/> Rischio Non Evolutivo <input type="checkbox"/> Rischio Evolutivo <input type="checkbox"/> Quadro Evolutivo	
	TC: _____ FC: _____ FR: _____ PA: _____ SpO ₂ basale: _____ SpO ₂ test rapido: _____ SpO ₂ test all'O ₂ : _____ Orientamento clinico: <input type="checkbox"/> Basso Rischio <input type="checkbox"/> Rischio Non Evolutivo <input type="checkbox"/> Rischio Evolutivo <input type="checkbox"/> Quadro Evolutivo	
	TC: _____ FC: _____ FR: _____ PA: _____ SpO ₂ basale: _____ SpO ₂ test rapido: _____ SpO ₂ test all'O ₂ : _____ Orientamento clinico: <input type="checkbox"/> Basso Rischio <input type="checkbox"/> Rischio Non Evolutivo <input type="checkbox"/> Rischio Evolutivo <input type="checkbox"/> Quadro Evolutivo	

USCA - PERCORSO IN SICUREZZA PER LA GESTIONE DOMICILIARE DEI PAZIENTI DA SOTTOPORRE A TAMPONE SARS COVID -2

a cura della UOC Prevenzione e Protezione e UOC Cure Primarie

PREMESSA

In conformità a quanto previsto dal "Piano Regionale di Potenziamento delle attività diagnostiche dei casi COVID-19 e di screening degli operatori sanitari e della popolazione maggiormente esposta in Regione Campania-Protocollo Operativo- Aggiornamento Luglio 2020", uno degli obiettivi che l'Azienda intende perseguire è il monitoraggio dello stato sanitario della popolazione di riferimento in questa nuova fase della pandemia. Successivamente alle azioni già previste con il precedente piano (n. 2043 del 24/04/2020) si intende ora potenziare la sorveglianza sulle fasce fragili e le categorie maggiormente esposte dei casi sospetti, contatti e contatti stretti definiti come da circolare ministeriale del 09/03/2020 e s.m.i.,

PERCORSO AZIENDALE

L'implementazione del servizio prevede il modello operativo con doppio operatore in cui il primo (operatore 1) procede materialmente all'esecuzione del tampone, il secondo (operatore 2) collabora a creare il luogo 'idoneo' a domicilio evitando la contaminazione e il pericolo per altri familiari. Accedono al percorso i pazienti che non possono recarsi fisicamente al casello sanitario. Tutti i casi sospetti/contatti, ad eccezione di quelli identificati in strutture sanitarie che hanno un percorso diversamente codificato, vengono riferiti al medico di medicina generale o pediatra di libera scelta che provvede ad inoltrare richiesta di effettuazione TNF all'unità COVID o SEP competente per territorio. L'Unità Territoriale COVID/SEP attiva l'USCA per la somministrazione domiciliare del tampone nasofaringeo.

OBIETTIVI

1. Potenziare le attività Diagnosi e Diagnosi di Guarigione, secondo quanto previsto dal Programma Regionale.
2. Garantire l'effettuazione a domicilio di tamponi nei casi previsti, potenzialmente collegati ad un cluster.
3. Individuare il maggior numero possibile di casi confermati in modo da consentire la ricerca puntuale da parte del SEP avviando le conseguenti inchieste epidemiologiche ed intervenendo con le opportune disposizioni di isolamento domiciliare e quarantena.
4. Coordinamento con il medico di medicina generale per l'individuazione del paziente e le relative attività consequenziali;

PERSONALE e FORNITURE NECESSARIE

Personale: due medici USCA, afferenti ai Distretti Sanitari; l'attivazione del percorso spetta alle Unità Territoriali Covid (UTCovid).

Mezzo di trasporto: auto di servizio, purché non si carichino i rifiuti; in caso di utilizzo di un mezzo "cabinato" i rifiuti possono essere stoccati in sicurezza, temporaneamente, nel vano posteriore in doppio

contenitore per rifiuti speciali (ovvero contenitori rigidi) prima del conferimento. Gli operatori cambieranno facciale filtrante FFP2, disinfetteranno la visiera, elimineranno il doppio guanto ad ogni domicilio ed elimineranno il camice monouso e i relativi calzari. Il mezzo viene sanificato dal personale al termine di ogni turno di lavoro.

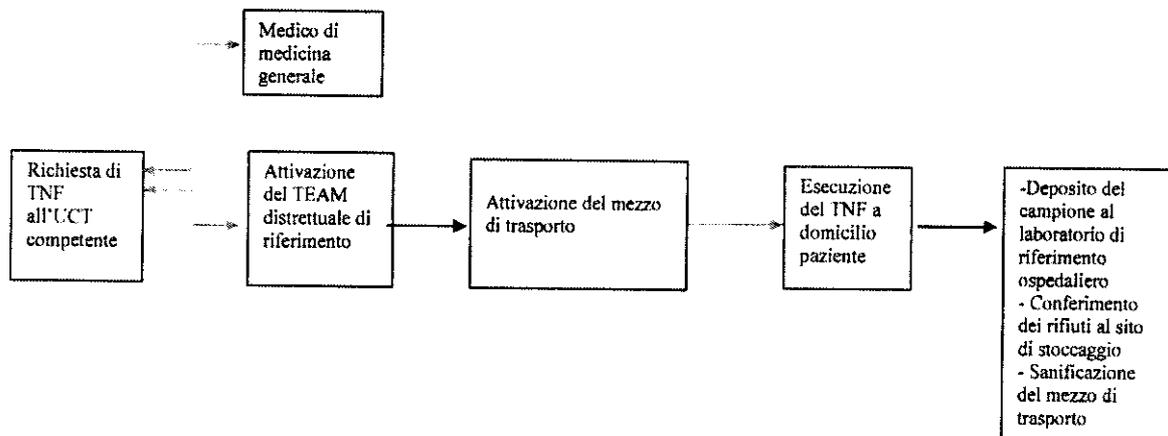
DPI: così come da procedura aziendale in all.

Tamponi Naso-Faringei (TNF): kit in dotazione ai Distretti.

PROCEDURA OPERATIVA CON DOPPIO OPERATORE

- Durante il tragitto l'operatore 2 contatta il soggetto interessato, chiedendo conferma dell'indirizzo, informandosi sullo stato del paziente (in quarantena, in isolamento fiduciario, allettato non allettato), infine informa sui comportamenti di collaborazione, mentre l'altro prepara il materiale necessario per tamponare. (Il personale ha ricevuto formazione specifica)
- Il personale provvede a razionalizzare le percorrenze per contenere gli spostamenti e a reperire il domicilio. Giunti all'abitazione l'operatore 2 apre le porte del mezzo, provvede a suonare i citofoni/campanelli e apre le porte esterne dell'abitazione e provvede alla identificazione del paziente da sottoporre a prelievo.
- I due operatori in divisa monouso indossano i presidi così come previsto dall'allegata procedura aziendale di vestizione.
- Il prelievo avviene nell'area pertinente all'uscio dell'abitazione se paziente autosufficiente, in caso di paziente allettato il prelievo viene effettuato al capezzale del soggetto. Ad effettuare il prelievo è il primo operatore e il secondo sta a distanza di un metro per ricevere il campione già imbustato.
- L'operatore 1 effettua il tampone rinfaringeo.
- L'operatore 2, alle spalle del primo e a distanza di sicurezza, passa i tamponi per prelievo, tiene bustina e contenitore dove inserire tampone effettuato, sacco nero per rifiuti e tappo della provetta. (È richiesta la collaborazione del soggetto per tenere in mano provetta in modo che appena effettuato il campionamento possa immediatamente essere inserito in provetta). Al fine del prelievo ritira e chiude la provetta e la inserisce negli appositi contenitori.
- Al termine di ogni campionamento i due operatori procedono con svestizione, così come previsto dalla procedura aziendale. Questa avverrà in prossimità dell'uscita dell'appartamento con deposito del materiale contaminato in apposito ROT posizionato all'esterno dell'abitazione e prima della chiusura provvede ad una disinfezione del contenuto spruzzando soluzione a base di cloro. Per poter trasportare in sicurezza i rifiuti a rischio infettivo, il materiale contaminato verranno allocati nella zona separata dell'abitacolo. Al termine di ogni turno lavorativo si procederà alla sanificazione del mezzo da parte del personale.
- Ad ogni domicilio, gli operatori cambieranno facciale filtrante FFP2, disinfetteranno la visiera, elimineranno il doppio guanto ed elimineranno il camice monouso e i relativi calzari

- Il sacco con rifiuti (camici, guanti, calzari ecc.) viene inserito nel bidone dei rifiuti speciali; il contenitore con campioni viene inserito nell'apposito carrier (assicurato con cintura di sicurezza)
- A casa del paziente non vengono lasciati rifiuti. Tutto viene gettato e chiuso in un sacco nero a sua volta posto nel contenitore dei rifiuti speciali che verrà conferito al punto di raccolta del P.O. preventivamente individuato dalla Direzione dei Distretti di riferimento. Durante il trasporto anche questi bidoni, almeno due per turno, devono essere assicurati con apposite cinture in appositi spazi.
- Si esegue la procedura aziendale di svestizione. Chi effettua il tampone cambia tutti i DPI previsti dopo ogni domicilio. L'operatore 2 supporta il primo nella disinfezione mani, disinfezione visiera e rivestizione.
- Il secondo operatore cambia calzari e primo paio di guanti.
- A termine del turno lavorativo il personale in divisa monouso pulita provvede a consegnare i campioni al laboratorio di riferimento e si consegnano i rifiuti speciali nell'area dedicata.
- I DPI sono forniti dalle Unità COVID di riferimento del personale, così come i Kit per il campionamento.

DIAGRAMMA OPERATIVO


MODALITA' DI ESECUZIONE DI TAMPONE A DOMICILIO

Istruzioni Operative e DPI Emergenza CODIV 19
Esecuzione Tamponi a domicilio
Ver.1.0 Del 13/08/2020

- | |
|-----------------------|
| 1. Consegna materiali |
| 2. Vestizione |
| 3. Esecuzione tampone |
| 4. Svestizione |
| 5. Sanificazione |

1. Consegna materiali

- L'equipaggio riceve elenco tamponi dal SEP di riferimento (indirizzi, dati anagrafici, schede SEP)
- Check List materiali (Contenitori biologici, tamponi, abbassalingua e buste)
- Controllo DPI (*Tute e/o camici monouso DPI di II categ, guanti in nitrile o lattice di III categ, visiere, FFP2 e calzari*)
- Gel disinfettante
- Controllo scadenza Liquido disinfettante per DPI riutilizzabili (es. Virkon o prodotti a base di alcool e/o a base di cloro)

2. Vestizione (VIDEO)

- Operatore 1 procede alla vestizione "completa" (doppi guanti, calzari, tuta e/o camice, maschera FFP2 e visiera) come da procedura
- Operatore 2 procede alla vestizione con camice e/o tuta monouso, mascherina FFP2, doppi guanti, visiera e calzari come da procedura.

3. Esecuzione tampone (VIDEO da poter scaricare sul sito aziendale)

OPERATORE 1

- Fase di preparazione
 - Procede all'identificazione del paziente e alla registrazione dei dati (Cognome, Nome e Data di nascita) sulla provetta e sulle scheda*
 - Spiega al paziente con parole adatte al suo livello di comprensione le fasi e l'utilità della manovra affinché egli comprenda pienamente ciò che verrà effettuato ed aumenti la sua collaborazione
 - Avvisare il paziente che potrebbe avere conati di vomito e che la manovra può generare tosse
- **Fase di esecuzione**
 - Mette il paziente in posizione comoda (seduto)
 - Invita il paziente ad inclinare la testa all'indietro e ad aprire la bocca
 - Estrae il primo tampone dalla custodia
 - Se necessario utilizza l'abbassalingua per facilitare il prelievo
 - Inserisce il primo tampone dietro l'ugola e tra i pilastri tonsillari, **EVITANDO IL CONTATTO** con altre zone della cavità orale
 - Strofina il tampone
 - Evita contaminazioni con la saliva
 - Inserisce il primo tampone nella provetta e rompe l'asta del tampone all'altezza indicata
 - Inserisce il secondo tampone nella narice e prosegue lungo il pavimento della coana nasale fino a raggiungere il retro del rinofaringe
 - Ruota delicatamente il tampone e lo mantiene in situ per qualche secondo al fine di raccogliere abbondante secreto nasale

- Ruota delicatamente il tampone e lo mantiene in situ per qualche secondo al fine di raccogliere abbondante secreto nasale
- Inserisce il secondo tampone nella stessa provetta del primo e rompe l'asta del tampone all'altezza indicata
- Richiude la provetta e si assicura dell'effettiva chiusura.
- Si avvicina all'operatore 2 ed inserisce la nel contenitore facendo attenzione a non toccare la parete esterna dello stesso.

OPERATORE 2

Fase di preparazione

- Mantiene distanza di sicurezza almeno 2 mt dal paziente ed operatore 1
- Prepara il contenitore che accoglie la provetta
- Quando l'operatore ha completato la procedura apre il contenitore
- Dopo l'inserimento della provetta nel contenitore da parte dell'operatore 1 chiude il coperchio
- Inserisce il contenitore nello scatolo (3a protezione) e lo chiude
- Incolla l'etichetta di sigillatura ed inserisce il contenitore nella busta
 - **Si allontana per riporre il contenitore nel box di trasporto.**

4. Svestizione (VIDEO)

OPERATORE 1

- Rimuove il primo paio di guanti, disinfetta il secondo ed inserisce un paio di guanti puliti e prima delle svestizione come da procedura rimuove il camice plastificato e/o camice monouso con l'aiuto dell'OPERATORE 2 (che ha già rimosso il primo paio di guanti, disinfettato i guanti ed inserito il secondo paio di guanti puliti) che taglia dal lato posteriore il camice plastificato o slaccia il camice monouso.

La tuta Classe III va rimossa dopo 3 ore.

OPERATORE 2

Rimuove il primo paio di guanti, disinfetta il secondo ed inserisce un paio di guanti puliti e con l'aiuto dell'OPERATORE 1 (che ha già rimosso il primo paio di guanti, disinfettato i guanti ed inserito il secondo paio di guanti puliti) che taglia dal lato posteriore il camice plastificato, procede alla svestizione come da procedura.

5. Sanificazione (video)

- La pulizia e la sanificazione certificata con Microdefender del mezzo avverrà dopo 3 ore dall'inizio dall'esecuzione del primo tampone nel punto individuato e comunicato in precedenza.

Smaltimento rifiuti

- Ogni DPI rimosso va riposto prima nel contenitore e solo dopo si procede alla manovra successiva **è assolutamente indispensabile che i rifiuti siano ben pigiati nel contenitore dei rifiuti come è anche indicato nel video, al fine di ridurre il volume e la fuoriuscita degli stessi ed evitare che il personale addetto alla rimozione dei contenitori possa essere esposto ad infezioni da COVID-19**

Presidi riutilizzabili

- Pulizia e detersione
- Immersione nella soluzione liquida con disinfettante VIRKON o sol. a base di cloro
- Per l'utilizzo successivo risciacquare e asciugare il presidio.

Il Direttore UOC Cure Primarie
Dott. **Antonio Cajafa**

Il Direttore UOC Prevenzione e Protezione
Dott.ssa **Maria Rosaria Basile**

INFORMATIVA AL PAZIENTE COVID 19 IN ISOLAMENTO DOMICILIARE GESTIONE U.S.C.A.

La presente informativa è solo integrativa a quanto già il MMG e/o il Team USCA ha comunicato al paziente al momento del contatto.

DESCRIZIONE BREVE DELLA PATOLOGIA

Il decorso della patologia da COVID-19 può presentarsi con modalità molto diverse, per tempistiche e sintomi.

L'evolversi della malattia può mantenere uno stato **asintomatico** (cioè senza alcun sintomo) oppure **blando** (con sintomi lievi, come mal di gola, congestione nasale, malessere, cefalea, perdita dell'olfatto, perdita del senso del gusto, diarrea, ecc.), ma si deve tener presente che **un eventuale aggravamento del quadro clinico non sempre viene avvertito** dal paziente se non quando la patologia è in uno stadio molto avanzato (*polmonite*).

Per tale motivo il **paziente deve essere sempre particolarmente attento** nella lettura dei parametri richiesti e a comunicare, al momento della visita o del triage/monitoraggio telefonico ogni possibile sintomo.

Con un trattamento medico adeguato, la maggior parte delle persone malate guarisce.

Tuttavia, ci sono sintomi, come per esempio stanchezza, affanno e debolezza generale, che possono perdurare a lungo dopo la guarigione (*anche fino a 6 mesi*).

Nel caso di decorso a forte rischio di evoluzione, può essere indicato il ricovero ospedaliero, dove sarà possibile assistere il paziente con il setting più opportuno.

LA GESTIONE A DOMICILIO DEL PAZIENTE DEL TEAM USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale)

La presa in carico del paziente da parte del Team USCA dell'ASL Napoli 2 nord è prevista per pazienti:

- con infezione accertata da Covid-19 **in isolamento domiciliare**, che non necessitano di ricovero ospedaliero ma di assistenza a domicilio;
- con infezione accertata da Covid-19 **dimessi dall'Ospedale** a domicilio o in strutture socio-sanitarie e che necessitano di assistenza domiciliare o residenziale;
- che si configurano come "**casi sospetti**" Covid-19 anche in attesa di esecuzione di tampone diagnostico e che necessitano di assistenza a domicilio;

se richiesta dal Medico di Medicina Generale e prevede:

- un triage telefonico con programmazione del primo accesso al domicilio;
- una rilevazione telefonica dei parametri clinici almeno una volta al giorno;
- in base al decorso della malattia, una visita domiciliare ricorrente almeno ogni 24 o 48h (*la visita ricorrente non è prevista per i pazienti asintomatici o con sintomi lievi*).

I PARAMETRI CLINICI SIGNIFICATIVI E LE MODALITA' DI RILEVAZIONE

Nel monitoraggio telefonico il paziente (o chi per lui) deve comunicare i seguenti parametri:

- **temperatura corporea;**
- **saturazione dell'ossigeno;**
- **eventuali altri sintomi clinici.**

Si evidenzia che, in tal caso, la responsabilità di una **corretta rilevazione di tali parametri** può essere solo **a carico del paziente (o chi per esso)**, sia per l'affidabilità dei dispositivi (*termometro e pulsossimetro o saturimetro - il quale deve possedere la marcatura CE come dispositivo medico ai sensi della normativa vigente con classe di rischio non inferiore a IIA*) che per la correttezza delle modalità di rilevazione.

I PRINCIPALI SEGNALI DI ALLARME

Premesso che la patologia da Covid-19 può evolversi anche senza una particolare sintomatologia e che la valutazione del quadro clinico deve essere lasciata al Medico USCA, i seguenti segni e sintomi sono considerati dei possibili campanelli di allarme:

saturazione dell'ossigeno uguale o inferiore al 95% ma superiore al 92%: in questo caso le condizioni del paziente sono di **particolare attenzione**

temperatura corporea superiore a 38° C per più di 72 ore con saturazione dell'ossigeno uguale o inferiore al 95%: la condizioni del paziente di **particolare attenzione**

temperatura corporea superiore a 38° C per più di 72 ore ma saturazione dell'ossigeno superiore al 95%: la condizioni del paziente sono di **attenzione**

saturazione dell'ossigeno uguale o inferiore al 92%: in questo caso le condizioni del paziente sono di **possibile criticità e può anche essere previsto il ricovero ospedaliero, pertanto, tale situazione deve immediatamente essere comunicata al Medico di Medicina generale e al Team USCA o contattare il 118**

I RIFERIMENTI TELEFONICI

Il Team USCA potrà essere contattato al seguente numero:

NOTA: L'U.S.C.A. È ATTIVA SETTE GIORNI SU SETTE, DALLE 8 ALLE 20. DALLE 20 ALLE 8 È ATTIVA LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (EX GUARDIA MEDICA).

Firma del Paziente / Padre o Madre / Caregiver / Tutore /
Fiduciario / Esercente potestà genitoriale / Amm. di sostegno
per avvenuta ricezione della presente informativa:

	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DEI FOCOLAI SARS-COV-2 NEI REPARTI (non covid) DEI PRESIDI OSPEDALIERI E DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI AZIENDALI	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		pag. 1 di 10

ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DEI FOCOLAI SARS-COV-2 NEI REPARTI (non covid) DEI PRESIDI OSPEDALIERI E DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI AZIENDALI

Redazione:

Funzione	Nome	Firma
Direttore P.O. Santa Maria delle Grazie	Concetta Sarnataro	F.to in originale
Direttore P.O. San Giuliano	Nunzio Quinto	F.to in originale
Direttore P.O. San Giovanni di Dio	Maria Rosaria Cerasuolo	F.to in originale
Direttore P.O. A. Rizzoli	Nunzio Quinto	F.to in originale
Direttore U.O.C. Prevenzione e Protezione	Maria Rosaria Basile	F.to in originale
Coordinatore Medici Competenti	Filippo Avilia	F.to in originale
Direttore U.O.C. Strutture Residenziali e Semiresidenziali	Giacomo Russo	F.to in originale
Direttore F.F. U.O.C. Epidemiologia e Prevenzione	Maria Rosaria Granata	F.to in originale
Direttore Laboratorio P.O. San Giuliano	Immacolata Piccirillo	F.to in originale
Direttore Dipartimento di Salute Mentale	Angelo Cucciniello	F.to in originale
Health Risk Manager aziendale	Fabio Russo	F.to in originale
Medico di staff Direzione Sanitaria	Filomena Sibilio	F.to in originale
Medico di staff Direzione Sanitaria	Antonella Cristofanini	F.to in originale

Verifica:

Funzione	Nome	Firma
Appropriatezza Clinica e Organizzativa	Paola Sapio	F.to in originale
Qualità e Risk Management	Fabio Dorato	F.to in originale

Approvazione:

Funzione	Nome	Firma
Unità di Crisi Aziendale U.C.A. Coordinatore	Maria Rosaria Basile	F.to in originale

Ratifica:

Funzione	Nome	Firma
Direttore Sanitario Aziendale	Monica Vanni	F.to in originale

	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DEI FOCOLAI SARS-COV-2 NEI REPARTI (non covid) DEI PRESIDI OSPEDALIERI E DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI AZIENDALI	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		pag. 2 di 10

1 Premessa

Ferma la validità di tutte le procedure aziendali, note e disposizioni specifiche già in essere, con le presenti Istruzioni Operative per la gestione di eventuali focolai Sars-CoV-2 nei reparti di degenza “non covid” di Presidi Ospedalieri e Strutture residenziali dell’ASL Napoli 2 Nord, s’intendono elevare le misure minime di sicurezza per pazienti ed operatori in ragione:

- di un rafforzamento delle misure preventive e reattive per ridurre il più possibile l’impatto pandemico sui livelli minimi di assistenza;
- del veloce propagarsi delle varianti del virus con accertata maggiore contagiosità;
- dell’opportunità di massimizzare le diverse risorse diagnostiche a disposizione;
- della necessaria omogeneizzazione della matrice metodologica delle attività in tutte le strutture e reparti dell’ASL, a garanzia dell’efficacia operativa.

Il documento, predisposto in base alle informazioni su modalità di contagio e diffusione del virus al momento della redazione e/o revisione, nonché sulle caratteristiche delle risorse diagnostiche a disposizione, intende declinare le attività minime che le strutture sanitarie dell’ASL (Presidi Ospedalieri e Strutture Residenziali – **in seguito Strutture**) dovranno mettere in atto per i casi in esso previsti. Inoltre per lo stesso è stato previsto un periodo di verifica al fine di valutarne l’effettiva efficacia, pertanto alla luce delle esperienze acquisite e delle indicazioni presenti nella Circolare Ministeriale n. 28537 del 25.06.2021 *“alcune varianti di SARS-CoV-2, comprese tutte le varianti VOC attualmente identificate, mostrano una maggiore trasmissibilità rispetto alle varianti precedenti/co-circolanti”* e *“sulla base delle ultime evidenze disponibili, la VOC Delta (B.1.617.2) è del 40-60% più trasmissibile rispetto alla VOC Alpha (B.1.1.7) e può essere associata a un rischio più elevato di ospedalizzazione”*, è opportuno mantenere elevata l’attenzione.

L’eventuale mancata o parziale attivazione delle presenti istruzioni operative, in caso di mancata motivazione, è da considerarsi un inadempimento; pertanto, fermo quanto enunciato nel punto 4 “Novero delle responsabilità”, il Direttore Sanitario della Struttura può derogare (limitando o potenziando) solo se appropriato ed opportuno, in base ad evidenze oggettive o valutazioni cliniche, garantendo comunque il più elevato livello di vigilanza e comunicando, dettagliatamente ed entro 24h dalla decisione, le azioni intraprese e le relative motivazioni alla Direzione Sanitaria aziendale.

2 Attività e comunicazioni obbligatorie (valide sempre, anche se le presenti istruzioni operative non venissero attivate)

Il Direttore di UOC del reparto o, in sua assenza un Dirigente Medico, deve segnalare per iscritto alla Direzione Sanitaria della Struttura, entro 2h dalla risposta del laboratorio, **tutte le informazioni minime indispensabili su ogni operatore o degente rilevato covid-POS** (nome e cognome, stanza/reparto, ora di rilevazione, operatore o degente, presenza o meno di sintomi, eventuali iniziative immediatamente intraprese per la riduzione dei rischi di propagazione del contagio).

	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DEI FOCOLAI SARS-COV-2 NEI REPARTI (non covid) DEI PRESIDI OSPEDALIERI E DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI AZIENDALI	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		pag. 3 di 10

Sarà a cura della Direzione Sanitaria della Struttura indicare le modalità di comunicazione scritta più opportuna ed efficace affinché sia garantito il tracciamento e la sua tempestiva presa d'atto.

Al fine di garantire il contrasto e il contenimento della diffusione del virus, si richiama, all'osservanza scrupolosa delle precauzioni standard ed aggiuntive, così come trasmesso periodicamente dalla Direzione Strategica.

Si rammenta, come già regolamentato, che nel caso di trasferimento di pazienti da o verso altra struttura/reparto va prioritariamente eseguito un tampone molecolare naso-faringeo (**di seguito denominato TNF**).

In caso di particolari esigenze temporali, va eseguito un tampone antigenico rapido naso-faringeo (**di seguito denominato TAR**).

3 Casi previsti per l'attivazione

I percorsi già in essere relativi alla gestione del rischio covid-19 prevedono l'esecuzione di un TNF prima del ricovero, motivo per cui tutti i pazienti, con le dovute eccezioni del caso (*pazienti in codice rosso e reti tempo-dipendenti*), sono da ritenersi covid-NEG all'ingresso in reparto. Le presenti istruzioni operative, nelle specifiche azioni, vanno quindi immediatamente attivate almeno nei seguenti casi:

caso 1	quando un paziente, durante la degenza, viene rilevato covid-POS
caso 2	quando sono rilevati covid-POS almeno due Operatori sanitari del medesimo reparto in 5 giorni (<i>indipendentemente dal link epidemiologico ipotizzato</i>)
caso 3	quando un Operatore sanitario è rilevato covid-POS con possibile link epidemiologico interno

4 Novero delle responsabilità

Tenuto conto delle funzioni istituzionalmente previste e della normativa vigente, con decorrenza dalla data di effetto delle presenti istruzioni operative, si annoverano le seguenti distribuzioni di compiti e di specifiche responsabilità:

4.1 Le Responsabilità del Direttore Sanitario della struttura

Nel caso di percorso attivato (*fase reattiva*), il Direttore Sanitario della struttura ha la diretta responsabilità:

- della gestione del contenimento di focolaio:
 - ✓ definendo ed applicando le attività da realizzare;
 - ✓ garantendo le previste tempistiche così come declinate nelle presenti istruzioni operative;
 - ✓ vigilando costantemente sulla corretta e completa applicazione delle presenti istruzioni operative e di tutte le procedure aziendali specifiche;

	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DEI FOCOLAI SARS-COV-2 NEI REPARTI (non covid) DEI PRESIDI OSPEDALIERI E DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI AZIENDALI	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		pag. 4 di 10

- delle appropriate e tempestive comunicazioni alla Direzione Sanitaria Aziendale;
- di garantire comunque i livelli minimi di assistenza (in ragione delle possibili ricadute sull'attività del reparto e sulle risorse umane);
- in caso di pervenuta segnalazione di positività al TNF di pazienti e/o operatori, di attivare le procedure di tracciamento dei contatti congiuntamente con la UOC coinvolta e, al fine di contenere i contagi, darne opportuna segnalazione al Servizio di Epidemiologia e Prevenzione (SEP) e alla U.O.C. Prevenzione e Protezione per il prosieguo di competenza.

Fatto salvo quanto sopra, in ogni caso, quindi anche con percorso non attivato (*fase preventiva*), il Direttore Sanitario della struttura ha comunque la responsabilità:

- di vigilare sulla rigorosa applicazione delle disposizioni, procedure e protocolli per la riduzione dei rischi di contagio (assembramento, numero degenti nella medesima stanza, corretto utilizzo della zona filtro, accesso di estranei nel reparto, ecc.), anche in ossequio alla L.24/2017;
- di vigilare sul corretto utilizzo sia degli adeguati DPI da parte del personale del reparto che dei dispositivi medici per i degenti;
- di vigilare affinché il personale del reparto consulti tempestivamente (al massimo entro 1h dalla risposta del laboratorio) gli esiti dei TNF effettuati sui degenti e operatori;
- di vigilare costantemente sul necessario livello di formazione ed aggiornamento degli operatori sanitari del reparto per i rischi covid;
- di vigilare affinché sia garantito un ricambio d'aria minimo orario nelle stanze di degenza dei reparti nell'ambito delle specifiche condizioni termoigrometriche presenti.

4.2 Le responsabilità del Direttore della U.O.C. / reparto

Premettendo che tali attività devono essere garantite 24h su 24, motivo per cui il Direttore della UOC / reparto delegherà, quando non presente, compiti e attribuzioni ad un Dirigente Medico, il suddetto sarà direttamente responsabile, nel caso di percorso attivato (*fase reattiva*):

- di informare, nel più breve tempo possibile, il Direttore Sanitario della Struttura per ogni paziente o operatore rilevato covid-POS;
- nel caso di effettuato TNF da parte di un operatore del reparto (indipendentemente dal motivo di tale test), di garantire affinché lo stesso non prenda servizio prima di averne verificato il risultato;
- in caso di positività al TNF di pazienti e/o operatori, di collaborare con la Direzione Sanitaria di Struttura nelle procedure di tracciamento dei contatti, al fine di contenere i contagi;

Fatto salvo quanto sopra, in ogni caso, quindi anche con percorso non attivato (*fase preventiva*), il Direttore della UOC / reparto ha comunque la responsabilità:

- di garantire che il personale del reparto consulti h24 e tempestivamente (al massimo entro 1h dalla risposta del laboratorio) gli esiti dei TNF effettuati sui degenti ed operatori (anche delegando un operatore per ogni turno);

	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DEI FOCOLAI SARS-COV-2 NEI REPARTI (non covid) DEI PRESIDI OSPEDALIERI E DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI AZIENDALI	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		pag. 5 di 10

- di garantire la rigorosa applicazione delle procedure e protocolli per la riduzione dei rischi di contagio (assembramento, numero degenti nella medesima stanza, corretto utilizzo della zona filtro, accesso di estranei nel reparto, ecc.), anche in ossequio alla L.24/2017;
- di garantire il corretto utilizzo sia degli adeguati DPI da parte del personale del reparto che dei dispositivi medici per i degenti;
- di garantire e verificare costantemente il necessario livello di formazione ed aggiornamento degli operatori sanitari del reparto per i rischi covid;
- di garantire che venga attuato un ricambio d'aria minimo orario nelle stanze di degenza dei reparti nell'ambito delle specifiche condizioni termoisometriche presenti.

4.3 Le responsabilità di ogni Dirigente Medico del reparto

Sia nel caso di percorso attivato (*fase reattiva*) che non attivato (*fase preventiva*), ogni Dirigente Medico del reparto ha la diretta responsabilità:

- di consultare sul sistema informativo di laboratorio gli esiti del TNF **dei degenti** entro un 1h dalla conclusione della seduta di laboratorio.
- nel caso di positività **di un operatore**, di garantire che lo stesso non prenda servizio e di concordare la sostituzione con il Direttore di U.O.C., ricevuta l'informazione dal Direttore U.O.C. Prevenzione e Protezione o dal Medico Competente o dal Direttore U.O.C. o dal Direttore Sanitario della Struttura;
- di informare nel più breve tempo possibile il Direttore di U.O.C. ed il Direttore Sanitario della Struttura per ogni degente o operatore rilevato covid-POS e di avviare, in accordo con il Direttore di U.O.C., le procedure di tracciamento dei contatti al fine di contenere i contagi.

4.4 Le responsabilità di ogni Operatore sanitario del reparto

Nel caso di percorso attivato (*fase reattiva*), ogni Operatore sanitario del reparto ha la diretta responsabilità:

- di non accedere ai luoghi di lavoro, ivi compresi gli spogliatoi, senza aver effettuato almeno un *TAR*;

Fatto salvo quanto sopra, in ogni caso, quindi anche con percorso non attivato (*fase preventiva*), ogni Operatore sanitario del reparto ha comunque la responsabilità:

- di comunicare immediatamente e, comunque prima di prendere servizio, al Direttore della U.O.C., al Direttore Sanitario della Struttura ed al Medico Competente ogni eventuale contatto stretto con un soggetto covid-POS;
- di indossare ed utilizzare sempre i D.P.I. in maniera conforme alle disposizioni e di osservare rigorosamente tutte le disposizioni, procedure e protocolli vigenti;
- nel caso di effettuato TNF (indipendentemente dal motivo di tale test), di prendere visione dell'esito entro e non oltre le 12h dalla risposta del laboratorio e, in ogni caso, di non prendere servizio prima di averne verificato il risultato;

	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DEI FOCOLAI SARS-COV-2 NEI REPARTI (non covid) DEI PRESIDI OSPEDALIERI E DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI AZIENDALI	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		<i>pag. 6 di 10</i>

- di adoperarsi affinché sia garantito un ricambio d'aria minimo orario nelle stanze di degenza dei reparti nell'ambito delle specifiche condizioni termoigrometriche presenti;

4.5 Le responsabilità dei Medici Competenti e della U.O.C. Prevenzione e Protezione aziendale

Sia nel caso di percorso attivato (*fase reattiva*) che non attivato (*fase preventiva*), i Medici Competenti e la UOC Prevenzione e Protezione aziendale hanno la diretta responsabilità:

- di comunicare immediatamente la positività del TNF all'operatore interessato (prima che questi prenda servizio), al Direttore dell'U.O.C. e al Direttore Sanitario del P.O./Struttura per gli adempimenti di competenza. Tale comunicazione deve avvenire appena ricevuto il referto da parte dei Laboratori aziendali individuati per l'esecuzione del TNF.

5 Comunicazioni obbligatorie alla Direzione Sanitaria aziendale

- in caso di almeno due covid-POS tra operatori e pazienti in una finestra temporale compatibile con un possibile link epidemiologico*: il Direttore Sanitario della Struttura, dopo aver attivato la procedura, comunica la situazione di **focolaio "possibile"** per le vie brevi nell'immediato e, per iscritto, al massimo entro 24h dalla ricezione della comunicazione scritta del reparto o dall'avvenuta conoscenza, riportando, nel dettaglio, le iniziative già intraprese ed in itinere;
- in caso di almeno 3 covid-POS tra operatori e pazienti in una finestra temporale compatibile con un possibile link epidemiologico*: il Direttore Sanitario della Struttura, dopo aver attivato la procedura, comunica, nelle prime ore anche per le vie brevi e per iscritto al massimo entro 24h dalla ricezione della comunicazione scritta del reparto o dall'avvenuta conoscenza, la situazione di **focolaio "probabile"** riportando, nel dettaglio, le iniziative già intraprese ed in itinere, includendo un report con le seguenti informazioni "minime":

per ogni paziente rilevato covid+

- nome e cognome;
- data rilevamento, data esito, tipologia e risultato di ogni test effettuato in reparto;
- reparto e stanza di degenza;
- data di ricovero;
- reparto o struttura di provenienza;
- data di eventuale dimissione o trasferimento in altro reparto (*indicare dove*);
- eventuale contatto diretto accertato con altro covid+;
- se assistito da un care-giver o familiare in reparto nei 7 giorni precedenti;

per ogni operatore rilevato covid+

- nome, cognome e reparto di appartenenza;
- data, tipologia ed esito di ogni test effettuato nei 7 giorni precedenti al rilevamento;
- data e orari di presenza in reparto nei 5 giorni precedenti al rilevamento;
- eventuale contatto diretto accertato con altro covid+ in reparto o con sospetto/accertato covid+ convivente (*in questo ultimo caso indicare data di rilevazione della positività del convivente*);

a cui seguirà un **periodico aggiornamento** (almeno ogni 72h) fino all'estinzione certa del focolaio.

	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DEI FOCOLAI SARS-COV-2 NEI REPARTI (non covid) DEI PRESIDI OSPEDALIERI E DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI AZIENDALI	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		<i>pag. 7 di 10</i>

6 Ulteriori disposizioni

- **un paziente dimissibile** deve essere inviato tempestivamente a domicilio con segnalazione al SEP dopo aver effettuato i test previsti in quella giornata;
- **un paziente non dimissibile** covid-POS viene trasferito nel reparto Covid;
- **i casi identificati sospetti**, in quanto contatti del caso covid-POS, vengono isolati per cohorting. In presenza di diagnosi sospetta o certa di infezione da varianti si suggerisce di adottare quanto previsto dal Rapporto ISS Covid-19 n. 4/2021;
- come già previsto da disposizioni/procedure/protocolli, deve essere sempre ridotto al minimo indispensabile ogni **spostamento dei degenti in reparto** (cambio stanza), nel qual caso deve essere rigorosamente registrato in uno specifico modello interno al reparto e tenuto agli atti;
- come già previsto da disposizioni/procedure/protocolli, deve essere sempre ridotto al minimo indispensabile ogni **ingresso di terzi (consulenti, operatori ditte esterne) in reparto**, nel qual caso deve essere rigorosamente registrato in uno specifico modello interno al reparto e tenuto agli atti;
- un **focolaio può essere considerato estinto**, con conseguente cessazione delle attività previste nel presente protocollo quando non si rilevano soggetti covid-POS, tra Operatori e degenti del medesimo reparto, per almeno 14 giorni consecutivi.

7 Schematizzazione del testing covid-19 previsto per singolo caso

Di seguito vengono schematizzate le modalità di testing previste per i casi di attivazione delle presenti istruzioni operative.

Nota 1:

in caso di paziente proveniente da focolaio e necessitante di trasferimento in altra struttura o reparto lo stesso avverrà solo con un TNF/TAR negativo, ove non fosse possibile il paziente verrà messo in isolamento.

Nota 2:

il t(0) – tempo zero - è il momento della presa visione dell'esito covid-POS.

Legenda:

TNF: tampone molecolare naso-faringeo

TAR: tampone antigenico rapido (*naso-faringeo o salivare*)

(caso 1) almeno un paziente rilevato covid-POS in reparto

timing dal t(0)	attività
immediatamente	paziente positivo trasferito nel reparto covid o, se dimissibile, inviato al domicilio con segnalazione al SEP
	isolamento per coorte (<i>sospetti e non sospetti</i>) dei degenti per almeno 5 giorni (<i>fatto salvo il dimissibile, vedere "Ulteriori disposizioni"</i>)
	tutti gli operatori con i DPI previsti per un paziente sospetto covid-POS
	TAR e TNF ai compagni di stanza del positivo
	disinfezione della stanza
	isolamento della stanza fino ad avvenuta sanificazione
	riorganizzazione del servizio con utilizzo non promiscuo del personale (<i>medico ed infermieristico</i>) tra sospetti e non sospetti
entro 3h	TAR a tutti i pazienti del reparto ed operatori presenti
entro 6h	sanificazione delle aree possibili di tutto il reparto (<i>incluso spogliatoi operatori</i>)
entro 24h	referto TNF di tutti i degenti e degli operatori (<i>per gli operatori è attivata la sorveglianza sanitaria del Servizio Prevenzione e Protezione aziendale</i>)
	segnalazione al SEP di ogni paziente dimesso o trasferito in altra struttura nei 14 giorni precedenti (<i>rif. procedura già in essere</i>)
	referto TNF di ogni paziente trasferito in altro reparto nei 14 giorni precedenti
	segnalazione ad ogni operatore esterno al reparto (<i>per consulenza o esami</i>) che ha avuto contatti con il paziente covid-POS
2° e 3° giorno	TAR a tutti i pazienti
	TAR ad ogni operatore prima di entrare in reparto
	TAR ad ogni operatore di ditta esterna prima di entrare in reparto
dal 4° giorno	TAR a tutti i pazienti ed operatori con almeno un sintomo compatibile
	referto TNF di tutti i degenti ed operatori (<i>per gli operatori è attivata la sorveglianza sanitaria del Servizio Prevenzione e Protezione aziendale</i>)
	TAR ad ogni operatore di ditta esterna prima di entrare in reparto
 fino al 14° giorno	continuare con la medesima sequenza dei 3 giorni precedenti fino all'estinzione del focolaio fino all'estinzione del focolaio

	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DEI FOCOLAI SARS-COV-2 NEI REPARTI (non covid) DEI PRESIDI OSPEDALIERI E DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI AZIENDALI	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		pag. 9 di 10

(caso 2) almeno due Operatori covid-POS in 5 giorni

timing dal t(0)	attività
entro 3h	TAR a tutti i pazienti ed operatori presenti
entro 6h	sanificazione delle aree possibili di tutto il reparto (inclusi spogliatoi operatori)
entro 24h	referto TNF di tutti i degenti e degli operatori (<i>per gli operatori è attivata la sorveglianza sanitaria del Servizio Prevenzione e Protezione aziendale</i>)
	segnalazione al SEP di ogni paziente dimesso o trasferito in altra struttura nei 14 giorni precedenti
	referto TNF ad ogni paziente trasferito in altro reparto nei 14 giorni precedenti
2° e 3° giorno	TAR a tutti i pazienti
	TAR ad ogni operatore prima di entrare in reparto
dal 4° giorno	TAR a tutti i pazienti ed operatori con almeno un sintomo compatibile
	referto TNF di tutti i degenti ed operatori (<i>per operatori è attivata la sorveglianza sanitaria del Servizio Prevenzione e Protezione aziendale</i>)
↓	
fino 14° giorno	continuare con la medesima sequenza (2 giorni TAR a tutti i pazienti e ad ogni operatore prima entrare in reparto e 1 giorno TNF a tutti e TAR al sintomatico) fino all'estinzione del focolaio

	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DEI FOCOLAI SARS-COV-2 NEI REPARTI (non covid) DEI PRESIDI OSPEDALIERI E DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI AZIENDALI	Rev. 01
		emissione: agosto 2021
		pag. 10 di 10

(caso 3) un Operatore sanitario è rilevato covid-POS con possibile link epidemiologico interno

timing dal t(0)	attività
entro 3h	TAR a tutti i pazienti ed operatori presenti
entro 24h inclusa refertazione/ comunicazione esiti	referto TNF di tutti i degenti e degli operatori (<i>per gli operatori è attivata la sorveglianza sanitaria del Servizio Prevenzione e Protezione aziendale</i>)
	segnalazione al SEP di ogni paziente dimesso o trasferito in altra struttura nei 14 giorni precedenti
	referto TNF ad ogni paziente trasferito in altro reparto nei 14 giorni precedenti
2°, 3° e 4° giorno	TAR a tutti i pazienti
	TAR ad ogni operatore prima di entrare in reparto
dal 5° giorno 	TAR a tutti i pazienti ed operatori con almeno un sintomo compatibile
	referto TNF a tutti i degenti ed agli operatori (<i>per gli operatori è attivata la sorveglianza sanitaria del Servizio Prevenzione e Protezione aziendale</i>)
fino 14° giorno	continuare con la medesima sequenza (2 giorni TAR a tutti i pazienti e ad ogni operatore prima entrare in reparto e 1 giorno TNF a tutti e TAR al sintomatico) fino all'estinzione del focolaio

DATA DI ACCETTAZIONE: _____ ORA: _____

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

COMUNE DI RESIDENZA _____ VIA _____

TELEFONO _____

IL PAZIENTE PRESENTA UNA SINTOMATOLOGIA RIFERIBILE AD UNA INFEZIONE RESPIRATORIA ACUTA CON INSORGENZA IMPROVVISA DI **ALMENO UNO** DEI SEGUENTI SINTOMI:

- | | | |
|--|----|----|
| • TOSSE | SI | NO |
| • TEMPERATURA UGUALE O MAGGIORE DI 37,5 C° | SI | NO |
| • DISPNEA | SI | NO |
| • ALTRO _____ | | |

IL PAZIENTE HA AVUTO CONTATTO STRETTO CON UN CASO PROBABILE O CONFERMATO DI INFEZIONE DA SARS-COV-2
- SE SÌ INDICARE DA QUANTI GIORNI _____

SI NO

IL PAZIENTE RIFERISCE DI AVER CONTRATTO L'INFEZIONE DA SARS-COV-2
- SE SÌ INDICARE IL PERIODO INTERESSATO _____

SI NO

IL PAZIENTE È VACCINATO _____

- SE SÌ, INDICARE IL NUMERO DI DOSI A CUI È STATO SOTTOPOSTO

SI NO

- DATE SOMMINISTRAZIONI 1a DOSE _____ 2a DOSE _____

- SE SÌ, INDICARE IL TIPO DI VACCINO A CUI È STATO SOTTOPOSTO

PFIZER-BIONTECH MODERNA ASTRAZENECA JOHNSON&JOHNSON

FIRMA DEL PAZIENTE _____

IL TRIAGISTA

NOME E COGNOME _____
FIRMA _____