1) DS
2) PP.OO
3) Coll. DG

direzione.generale@asl.bari.it

Da: VINCENZO DEFILIPPIS <vincenzo.defilippis@asl.bari.it>
Inviato: lunedì 1 giugno 2020 13:57
A: Antonio Sanguedolce; SILVANA FORNELLI; Direzione Generale; Direzione Sanitaria
Oggetto: Linee guida Fase 2 attività ospedaliere
Allegati: Linee indirizzo attivita` fase 2 ospedaliera.docx; Linee indirizzo attività fase 2 ospedaliera.pdf

Cari Direttori,

Vi invio le Linee Guida Fase 2 per la riattivazione delle attività elettive di ricovero e ambulatoriali presso gli Ospedali, conformemente alle disposizioni regionali, redatte dalla mia UOC. Se condivise, le schede, trasmesse in word, potranno essere agilmente compilate dai Direttori / Responsabili dei Presidi Ospedalieri nella modalità di autocertificazione e trasmesse alla direzione strategica, così da avere una visione completa di tutta la realtà ospedaliera della ASL e un monitoraggio quindicinale della stessa.

Un cordiale saluto

Vincenzo Defilippis

ASL BARI - REGISTRO GENERALE - Protocollo n° 86752/2020 del 05/06/2020

LINEE DI INDIRIZZO OMOGENEE PER LA EROGAZIONE PRESTAZIONI SANITARIE OSPEDALIERE ASL BA

FASE 2

U.O.C. RISCHIO CLINICO E QUALITA' - MEDICINA LEGALE
DIRETTORE: VINCENZO DEFILIPPIS

SOMMARIO

PREMESSA 3
REQUISITI TRASVERSALI FASE 2 (A breve termine) 4
Items 1 Misure Igieniche Generali *5*
Items 2 Prevenzione operatori *6*
Items 3 Formazione *8*
Items 4 Sorveglianza *9*
tems 5 Area Covid/Isolamento *10*
REQUISITI VERTICALI FASE 2 (A MEDIO E LUNGO TERMINE) 11
Items 1 Lista D'Attesa *13*
Items 2 Capacità Produttiva *14*
Items 3 Sala Operatoria – Percorso di Accesso *15*
Items 4 Prericovero e Ricovero per Intervento *17*
Items 5 Degenza non Covid *19*

PREMESSA

La ripresa delle attività della fase 2, secondo quanto prevista dalle direttive regionali, deve essere sicura e graduale. È necessario, quindi, organizzare e governare i processi in una logica che veda l'ospedale, ovvero l'intera ASL, coinvolta nel suo insieme e non per unità operative e/o singoli servizi ambulatoriali. E' necessario che molte prassi e consuetudini siano abbandonate per far spazio a organizzazioni e comportamenti virtuosi, che non solo siano utili per affrontare questa seconda fase dell'epidemia Covid19, ma soprattutto siano orientate a implementare comportamenti essenziali al fine della prevenzione delle infezioni ospedaliere, cosi come raccomandato dall'OMS.

Il presente documento nasce dall'esigenza di delineare un percorso omogeneo e standardizzato delle azioni da mettere in campo sull'intero territorio aziendale ASL.

Sono definiti, pertanto, *requisiti trasversali* cioè quei requisiti che devono essere presenti in tutti gli ospedali in tutte le aree assistenziali e che sono propedeutici ai cosiddetti *requisiti verticali* che codificano, invece, attività specifiche all'interno degli ospedali (attività chirurgica, attività ambulatoriale).

Dalla sintesi dei requisiti trasversali e verticali per ciascun ospedale, espressione di obiettivi di tipo qualitativo e quantitativo, definiti secondo un preciso cronoprogramma di raggiungimento, nasce il piano aziendale unico conf0rme alle disposizioni della Regione Puglia.

ISTRUZIONI PER L'USO:

Lo scopo del documento è quello di fornire degli indicatori omogenei in tutta la ASL Bari su cui costruire un piano graduale, sicuro ed equo per la ripresa delle attività.

Nel presente documento le disposizioni regionali (delibera del 3 maggio 2020: "*Attività di ricovero – Misure per la prevenzione, il contrasto e il contenimento dell'emergenza epidemiologica da COVID -19 – Erogazione prestazioni sanitarie e accesso alle strutture sanitarie del Servizio Sanitario di Puglia – DISPOSIZIONI*") sono state tradotte in due tipologie di requisiti (*trasversali* e *verticali* come precedentemente definiti), che al loro interno si articolano in diversi e differenziate attività che devono servire alle direzioni mediche di presidio come indirizzo per costruire il governo dei processi ed alla direzione strategica per poter disporre di un quadro omogeneo di attività, cui indirizzare le azioni di controllo e monitoraggio.

Sia i *requisiti trasversali* che i *requisiti verticali* sono rappresentati da 5 voci o items ciascuna delle quali si declina in specifiche attività.

Le direzioni mediche di presidio devono implementare tutte le attività prescritte nelle 5 voci dei requisiti trasversali propedeuticamente all'implementazione delle attività previste nei requisiti verticali.

La presentazione degli items in tabelle contenenti tutte le attività ha la finalità di agevolarne la compilazione sotto forma di una semplice autocertificazione delle azioni svolte.

Per quanto riguarda la TEMPISTICA i *requisiti trasversali* dovranno essere acquisiti entro un massimo di 15 giorni. Le azioni volte all'acquisizione dei requisiti trasversali e verticali possono essere compiute congiuntamente in modo da ottimizzare i tempi per la ripresa in sicurezza delle attività di cura; in ogni caso le attività ed i processi previsti per la ripresa, cosi come codificati nei requisiti verticali, determineranno la riapertura secondo un ben definito cronoprogramma redatto dalle direzioni mediche di presidio.

Il processo è dinamico, per cui ciò che non è stato implementato al momento della compilazione sarà implementato successivamente e dovrà essere indicato nel cronoprogramma.

Gli aggiornamenti delle azioni previste devono avere cadenza quindicinale con ricompilazione delle schede contenute nel presente documento fino al raggiungimento completo dei requisiti orizzontale e verticali.

REQUISITI TRASVERSALI FASE 2 (A BREVE TERMINE)

Le azioni di prevenzione promosse dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità sull'intera popolazione italiana si poggiano su tre cardini:

- Lavaggio delle mani
- Mascherine chirurgiche
- Distanziamento fisico.

Se questo è vero per la popolazione in generale è ancora più vero per gli operatori sanitari (compresi i sanitari non direttamente coinvolti nell'attività assistenziale e i dipendenti non sanitari).
Per questo tutti gli operatori sanitari di qualsiasi unità operativa così come tutti i dipendenti non sanitari dell'intero ospedale saranno messi nelle condizioni di seguire mandatoriamente queste tre principali e propedeutiche indicazioni.
Di seguito sono riportate le attività previste nei requisiti trasversali propedeutiche ed imprescindibili per l'avvio di qualsiasi attività.
Le attività sono raggruppate in 5 Items:

- misure igieniche generali
- formazione
- sorveglianza e monitoraggio
- misure di prevenzione per gli operatori
- aree/isolamento Covid

ITEMS 1 MISURE IGIENICHE GENERALI

ATTIVITA'	SI	NO
Comunicazione con poster/cartellonistica in tutte le unità operative ed aree di accesso		
Allocazione dispenser con soluzione idroalcolica in tutte le stanze di degenza e delle aree comuni dei reparti di degenza e dell'intero ospedale, fruibili da operatori e utenti (ingressi hall, vani scale, in prossimità delle pulsantiere, pianerottoli di accesso alle unità operative, bagni comuni, e bagni riservati, percorsi vivande, percorsi pazienti, percorsi di materiali di smaltimento e ROT, etc)		
Procedura di sanificazione delle aree di degenza, delle aree ambulatoriali, delle aree comuni ospedaliere (hall, ascensori, scale e corrimano, pulsantiere e maniglie, bagni comuni, tutte le superfici di contatto orizzontali e verticali, percorsi vivande, percorsi pazienti, percorsi materiali di smaltimento e ROT, etc) e relative modalità e tempi di esecuzione		
Misure obbligatorie per operatori e utenza agli ingressi (uso della mascherina, igienizzazione delle mani, etc)		
Misure obbligatorie per pazienti accolti nelle aree di degenza (uso della mascherina, rimozione monili, uso di oggetti personali, modalità di accesso straordinaria per familiari, etc)		
Formazione sul lavaggio delle mani per ciascuna unità operativa		
Programmazione periodica per l'approvvigionamento mascherine e igienizzante rapido con dispencer per tutte le unità operative in condivisione con la farmacia territoriale		

Note di riferimento Delibera Regionale
Misure igieniche e di sanificazione degli ambienti (pag.20)
Nell'attuale situazione di emergenza pandemica da SARS-CoV-2, ciascun individuo è chiamato ad applicare le misure di prevenzione raccomandate al fine di limitare la diffusione dell'infezione. Tali misure, già descritte nei documenti prodotti dal Ministero della Salute e dall'ISS, si concretizzano nei comportamenti da seguire per l'intera popolazione. Pertanto, in più punti dell'azienda (ndr struttura) devono essere affissi poster/locandine/brochure che pubblicizzano le suddette misure ed in particolare l'azienda metterà a disposizione idonei mezzi detergenti per una raccomandata frequente pulizia delle mani. Sarebbe opportuno, soprattutto nelle aree geografiche a maggiore endemia o nelle aziende (ndr strutture) in cui si sono registrati casi sospetti di COVID-19, prevedere, alla riapertura, una sanificazione degli ambienti, delle postazioni di lavoro e delle aree comuni. In ogni caso va garantita la pulizia giornaliera dei locali, degli ambienti, delle postazioni di lavoro e delle aree comuni nonché la sanificazione periodica.

ITEMS 2 PREVENZIONE OPERATORI

ATTIVITA'	SI	NO
Procedura sul comportamento degli operatori sanitari all'interno delle unità operative: - DPI da indossare ed in quali circostanze (mascherine, camici monouso da indossare sopra la divisa, visiere, guanti, calzari etc). Rimozione e sostituzione dei DPI dopo percorsi esterni alle stesse. Sostituzione dei DPI per ogni paziente assistito) - lavaggio delle mani (vedi sopra) - spostamenti degli operatori tra unità operative (consulenze trasporti etc.) - regole per evitare assembramenti tra gli operatori e favorirne il distanziamento		
Controllo degli afflussi agli ingressi dell'ospedale con relativa misurazione della temperatura		
Procedura per il percorso del dipendente con temperatura ≥ 37,5° rilevata all'ingresso dell'ospedale o durante il servizio o fuori dall'ospedal: • rientro in servizio del dipendente dopo assenza per malattia generica o specifica • rientro in servizio del dipendente dopo assenza per ferie, congedi, permessi di durata superiore a n° giorni		

Note di riferimento Delibera Regionale

Utilizzo di mascherine e dispositivi di protezione individuali (DPI) per le vie respiratorie (pag.20)

Vanno mappate tutte le attività, prevedendo di norma, per tutti i lavoratori che condividono spazi comuni, l'utilizzo di una mascherina chirurgica, come del resto normato dal DL n. 9 (art. 34) in combinato con il DL n. 18 (art 16 c. 1). La valutazione dei rischi nelle singole realtà aziendali è lo strumento adeguato per la determinazione di specifici DPI anche in relazione al complesso dei rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori. Indicazioni più specifiche sono state definite per gli operatori della sanità con il documento pubblicato dall'Istituto Superiore di Sanità in materia (ndr Circolare n. 10736 del 29/03/2020)

Misure specifiche per la prevenzione dell'attivazione di focolai epidemici (pag.20)

Nella fase di transizione, va considerato il rischio di una riattivazione di focolai nei luoghi di lavoro, mettendo quindi in atto una serie di misure volte a contrastarli. Pertanto, vanno rafforzate, in azienda (ndr strutture), tutte le misure di igiene già richiamate e va altresì attuata la procedura del controllo della temperatura corporea sui lavoratori, prima dell'accesso al luogo di lavoro. Se tale temperatura risulterà superiore ai 37,5° C, non sarà consentito l'accesso ai luoghi di lavoro. Le persone in tale condizione saranno momentaneamente isolate e fornite di mascherine, non dovranno recarsi al Pronto Soccorso e/o nelle infermerie di sede (ove presenti), ma dovranno contattare nel più breve tempo possibile il proprio medico curante e seguire le sue indicazioni. Rimangono aspetti organizzativi specifici da identificare nei differenti contesti lavorativi. Nel caso in cui in azienda un lavoratore sviluppi febbre e sintomi di infezione respiratoria quali la tosse, lo deve dichiarare immediatamente all'ufficio del personale e si dovrà procedere al suo isolamento, in base alle disposizioni dell'Autorità sanitaria; l'azienda procede immediatamente ad avvertire le autorità sanitarie competenti e i numeri di emergenza per il COVID-19 forniti dalla Regione o dal Ministero della Salute. L'azienda, anche attraverso il coinvolgimento del medico competente, collabora con le Autorità sanitarie per la definizione degli eventuali "contatti stretti" di una persona presente in azienda che sia stata riscontrata positiva al tampone COVID-19. Ciò al fine di permettere alle autorità di applicare le necessarie e opportune misure di quarantena. Nel periodo dell'indagine, l'azienda potrà chiedere ai possibili contatti stretti di lasciare cautelativamente lo stabilimento, secondo le indicazioni dell'Autorità sanitaria.

Misure di prevenzione e protezione (pag. 20)

In coerenza con i processi di valutazione e gestione del rischio disciplinati dal D. Lgs 81/08 e s.m.i., vanno adottate misure di carattere generale e specifico commisurate al rischio di esposizione a SARS-CoV-2 negli ambienti di lavoro privilegiando misure di prevenzione primaria.

Gestione degli spazi di lavoro (pag 18)

Gli spazi di lavoro devono essere rimodulati nell'ottica del distanziamento sociale compatibilmente con la natura dei processi produttivi. Nel caso di lavoratori che non necessitano di particolari strumenti e/o attrezzature di lavoro e che possono lavorare da

soli, gli stessi potrebbero, per il periodo transitorio, essere posizionati in spazi ricavati ad esempio da uffici inutilizzati, sale riunioni, ecc. Per gli ambienti dove operano più lavoratori contemporaneamente potranno essere trovate soluzioni innovative come ad esempio il riposizionamento delle postazioni di lavoro adeguatamente distanziate tra loro e l'introduzione di barriere separatorie (pannelli in plexiglass, mobilio, ecc.)

Per gli spazi comuni, comprese le mense aziendali, i punti di ristoro e gli spogliatoi, i servizi igienici deve essere prevista una ventilazione continua degli ambienti, prevedendo altresì una turnazione nella fruizione nonché un tempo ridotto di permanenza all'interno degli stessi, naturalmente con adeguato distanziamento. Nella gestione dell'entrata e dell'uscita dei lavoratori devono essere favoriti orari scaglionati e laddove possibile, prevedere una porta di entrata ed una di uscita dedicate. Devono essere limitati al minimo indispensabile gli spostamenti all'interno dell'azienda (ndr della struttura), comunque nel rispetto delle indicazioni aziendali. Non sono consentite le riunioni in presenza, favorendo il collegamento a distanza o, se le stesse sono necessarie, possono avvenire garantendo un adeguato distanziamento e riducendo al minimo il numero di partecipanti. L'accesso di fornitori esterni potrà avvenire secondo modalità, percorsi e tempistiche ben definite dall'azienda; per le attività di carico/scarico si dovrà rispettare il previsto distanziamento.

ITEMS 3 FORMAZIONE

ATTIVITA'	SI	NO
Formazione periodica in ciascuna unità operativa per condivisione delle procedure e della normativa regionale		
Formazione sul lavaggio delle mani per ciascuna unità operativa		
Formazione DPI da indossare nei vari contesti assistenziali		
Formazione sulle procedure messe in campo dal presidio ospedaliero e dall'unità operative e/o area assistenziale		

Note di riferimento Delibera Regionale

Informazione e formazione (Pag. 20)

Devono essere adeguate, contestualizzate e, allo stesso tempo, adattate allo specifico ambito lavorativo, in modo da permettere a tutti i lavoratori di comprendere puntualmente ed esattamente le modalità del rischio, sia valorizzando l'ampia attività comunicativa già fatta rispetto al periodo di chiusura passato, sia anche valorizzando la consapevolezza reciproca del rischio che, proprio per la sua tipologia, vede la prevenzione intrinseca nel distanziamento sociale, nei comportamenti e nelle misure di prevenzione anche individuali. (...) Va altresì contestualizzato che la percezione di questo rischio, anche per il grande impatto e la sua straordinarietà ed eccezionalità, crea nei lavoratori una sensazione di insicurezza che può anche agire sugli altri rischi. Quindi la corretta ed intrinseca gestione del rischio, nonché la corretta comunicazione del rischio, unitamente a tutte le altre soluzioni adottate, possono creare un senso di consapevolezza e di adeguatezza delle misure poste in essere.

ITEMS 4 SORVEGLIANZA

ATTIVITA'	SI	NO
Individuazione referente per la sorveglianza e monitoraggio di tutte le attività previste dalle seguenti linee di indirizzo		
Individuazione di strumento per tracciare l'attività di sorveglianza /monitoraggio		

TEMS 5 AREA COVID/ISOLAMENTO

ATTIVITA'	SI	NO
Individuazione di un'area Covid medico-chirurgica in ciascun PO o di stanze di isolamento allocate in ciascuna UO per casi sospetti/probabili o confermati		
Definizione delle modalità di assistenza dedicata dei casi sospetti/probabili o confermati (chi, fa cosa)		

REQUISITI VERTICALI FASE 2 (A MEDIO E LUNGO TERMINE)

I requisiti verticali sono specifici e sono rivolti alle specifiche attività assistenziali da attivare. Secondo quanto riportato dalla delibera Regionale del 4 maggio 2020, al fine di razionalizzare il processo di attivazione oltreché da garantire, in un'ottica di equità, le attività da avviare scaturiranno dall'analisi dettagliata di quanto di seguito riportato.
Sarà indispensabile che ogni unità operativa fornisca alla direzione medica dell'ospedale:

1. la lista d'attesa secondo i tre criteri di priorità:
   - patologia (oncologico ad es.)
   - condizione clinica associata alla patologia
   - classe di priorità (A, B)

La direzione medica stilerà, quindi, **due liste d'attesa di priorità dell'ospedale, e non dell'unità operativa**, ovvero **una per l'attività ambulatoriale ed una per l'attività chirurgica**. Questo consentirà non solo di avere i dati sulle attività da produrre, ma anche individuerà facilmente le attività da cui partire per garantire servizi giusti al momento giusto.

2. Il numero dei posti letto rispetto alle norme di distanziamento di ciascuna unità operativa.

Il laboratorio analisi fornirà:

3. una stima del numero di tamponi eseguibili giornalmente da destinare alle attività di pre-ricovero.

Tutto questo determinerà il numero massimo di pre-ricoveri da poter effettuare giornalmente che d'altra parte dovranno essere gestiti prevedendo:

- centralizzazione in **un'unica area delle attività di prericovero** (al fine di assicurare l'expertise degli operatori e la medesima turnazione di personale così come la riduzione al minimo di spostamenti all'interno dell'ospedale di persone potenzialmente positive)
- distanziamento spaziale e temporale tra un paziente ed un altro anche in relazione ad un percorso che deve garantire in un breve arco temporale tutte le procedure (esami, consulenze etc) per la preparazione all'intervento assistenziale richiesto.

Di conseguenza sarà facile individuare il numero delle prestazioni possibili per ciascuna giornata in ciascun ospedale.
Questo approccio produrrà ovviamente ad organizzazione del lavoro differenti rispetto al passato. Ove necessario, **l'attività ambulatoriale sarà organizzata in orario diurno mattutino e pomeridiano-serale con apertura anche il sabato**. Allo stesso modo saranno rimodulate le sedute operatorie di elezione che dovranno prevedere esclusivamente il principio di priorità dei pazienti sulla base delle loro condizioni cliniche di malattia.
La programmazione degli accessi ospedalieri deve sempre tener conto della possibilità di ingressi in regime di emergenza-urgenza, destinando sempre a questa tipologia di situazioni percorsi dedicati, procedure e luoghi di intervento/assistenza definiti, nonché delle relative aree di gestione post-operatoria di tipo non intensivo e intensivo.
Di seguito sono riportate le attività da implementare suddivise in 5 Items:

- lista d'attesa
- capacità produttiva
- sala operatoria e percorso di accesso
- pre – ricovero e ricovero per intervento chirurgico
- degenza non- Covid

Note di riferimento Delibera Regionale

Pag. 5 di stabilire che ogni struttura, nella fase di primo avvio, provveda a definire, in relazione al quadro clinico dei singoli pazienti, i ricoveri già programmati nella fase di sospensione non ulteriormente procrastinabili in relazione a:
a) classe di priorità (classe A, classe B a partire dai pazienti già in lista e per i quali sono già trascorsi i 60 giorni di attesa);
b) patologia (es. oncologici);
c) condizione clinica (pazienti in evoluzione negativa/aggravamento);
Le strutture dovranno garantire per tutti i ricoveri (emergenza, urgenza, programmati) le condizioni di sicurezza (Pag.8)
A tal fine è necessario che ogni azienda provveda a definire:
• la propria "domanda di lista di attesa"
• la capacità produttiva disponibile in termini di spazi e risorse.
Per quanto riguarda la domanda, nell'ambito delle liste di attesa, per singola disciplina, devono essere identificati gli interventi "non procrastinabili" in relazione a:
• classe di priorità (classe A, classe B a partire dai pazienti già in lista e per i quali sono già trascorsi i 60 giorni di attesa);
• patologia (es. oncologici);
• condizione clinica (pazienti in evoluzione negativa/aggravamento).
a pag. 8 "le strutture ospedaliere, pubbliche e private accreditate, potranno operare secondo una aggregazione per macro- area, così definita: 1. area medica; 2. area chirurgica; 3. area cuore (Cardiochirurgia, TIC, UTIC, Cardiologia. In presenza della sola cardiologia questa rientra nell'area medica); 4. materno – neonatale; 5. area riabilitativa (in presenza di una sola riabilitazione, questa rientra nell'area medica); 6. area emergenza – urgenza."
Misure organizzative Pag. 18
Le misure organizzative sono estremamente importanti per molti aspetti, anche quale contributo alla prevenzione primaria e quindi nell'ottica dell'eliminazione del rischio. La progressiva riattivazione del ciclo produttivo non può prescindere da una analisi

dell'organizzazione del lavoro atta a contenere il rischio attraverso rimodulazione degli spazi e postazioni di lavoro, dell'orario di lavoro e dell'articolazione in turni, e dei processi produttivi.

Organizzazione e orario di lavoro Pag.19

Al fine anche di ridurre il contatto sociale nell'ambiente di lavoro potranno essere adottate soluzioni organizzative innovative che riguardano sia l'articolazione dell'orario di lavoro sia i processi produttivi, limitando anche la necessità di trasferte. L'articolazione del lavoro potrà essere ridefinita con orari differenziati che favoriscano il distanziamento sociale riducendo il numero di presenze in contemporanea nel luogo di lavoro e prevenendo assembramenti all'entrata e all'uscita con flessibilità di orari. È essenziale evitare aggregazioni sociali anche in relazione agli spostamenti per raggiungere il posto di lavoro e rientrare a casa (commuting).

ITEMS 1 LISTA D'ATTESA

ATTIVITA'	SI	NO
Report di ciascuna unità operativa della propria lista di attesa secondo i criteri di gravità: - classe di prorità A, B - patologia - condizione clinica del paziente associata		
Lista d'attesa unica dell'intero ospedale non più per unità operativa ma per criteri di priorità divisa in lista unica ambulatoriale e lista unica chirurgica		
Elaborazione delle liste operatorie conseguenti ai criteri di priorità (la lista operatoria non sarà fatta per unità operativa ma osserverà i criteri di priorità) AREA CHIRURGICA		
Elaborazione delle liste ambulatoriali conseguenti ai criteri di priorità (la lista ambulatoriale non sarà fatta per unità operativa ma osserverà i criteri di priorità) AREA MEDICA		
Elaborazione delle liste d'attesa ambulatoriali conseguenti ai criteri di priorità (la lista ambulatoriale non sarà fatta per unità operativa ma osserverà i criteri di priorità) AREA CUORE		

Note di riferimento Delibera Regionale

Pag. 5 di stabilire che ogni struttura, nella fase di primo avvio, provveda a definire, in relazione al quadro clinico dei singoli pazienti, i ricoveri già programmati nella fase di sospensione non ulteriormente procrastinabili in relazione a:
a) classe di priorità (classe A, classe B a partire dai pazienti già in lista e per i quali sono già trascorsi i 60 giorni di attesa);
b) patologia (es. oncologici);
c) condizione clinica (pazienti in evoluzione negativa/aggravamento);
Le strutture dovranno garantire per tutti i ricoveri (emergenza, urgenza, programmati) le condizioni di sicurezza (Pag.8)
A tal fine è necessario che ogni azienda provveda a definire:
• la propria "domanda di lista di attesa"
• la capacità produttiva disponibile in termini di spazi e risorse.
Per quanto riguarda la domanda, nell'ambito delle liste di attesa, per singola disciplina, devono essere identificati gli interventi "non procrastinabili" in relazione a:
• classe di priorità (classe A, classe B a partire dai pazienti già in lista e per i quali sono già trascorsi i 60 giorni di attesa);
• patologia (es. oncologici);
• condizione clinica (pazienti in evoluzione negativa/aggravamento).
a pag. 8 "le strutture ospedaliere, pubbliche e private accreditate, potranno operare secondo una aggregazione per macro- area, così definita: 1. area medica; 2. area chirurgica; 3. area cuore (Cardiochirurgia, TIC, UTIC, Cardiologia. In presenza della sola cardiologia questa rientra nell'area medica); 4. materno – neonatale; 5. area riabilitativa (in presenza di una sola riabilitazione, questa rientra nell'area medica); 6. area emergenza – urgenza."

ITEMS 2 CAPACITÀ PRODUTTIVA

ATTIVITA'	SI	NO
Individuazione numero di posti letto utilizzabili in relazione alle misure di distanziamento fisico da mettere in atto nelle stanze di degenza con reportistica di riferimento Definizione di un volume minimo di posti letto per specialità disponibili per ingressi in regime di emergenza- urgenza per specialità		
Individuazione di spazi da dedicare alla fase di prericovero centralizzati in un unico ambiente con personale dedicato in cui effettuare esami preoperatori previsti (laboratoristici, cardiologici e radiologici) e tampone nasofaringeo		
Individuazione di spazi di sala operatoria		
Individuazione di risorse umane disponibili (in relazione ai congedi per tutte le misure emergenziali messe in campo dal governo		
Numero tamponi per il prericovero erogabili giornalmente		
In base al risultato dei precedenti item stabilire giornalmente quanti pre-ricoveri e quante visite ambulatoriali è possibile effettuare		

Note di riferimento Delibera Regionale

Pag.9
Ciascuna azienda deve preventivamente definire in relazione ai criteri di sicurezza definiti dal presente documento, la propria "capacità produttiva" (incluso un piano di riconversione in relazione ai possibili scenari di evoluzione dell'epidemia) per rispondere alla domanda in caso di recrudescenza dell'epidemia.
Le risorse disponibili devono essere valutate considerando i fattori di carattere organizzativo, clinico e assistenziale:
• spazi di sala operatoria • spazi di ricovero (inclusi reparti "filtro") • spazi di terapia intensiva post-operatoria • risorse umane • materiale (inclusi DPI per tutte le fasi del percorso) • apparecchiature e strumentario • servizi diagnostici in particolare in relazione alle fasi di pre-ricovero

ITEMS 3 SALA OPERATORIA – PERCORSO DI ACCESSO

ATTIVITA'	SI	NO
Procedure di comportamento operatori su pz accertati/sospetti Covid che tenga conto: - definizione DPI per pazienti no-covid - DPI (vestizione – svestizione) - Percorso sporco pulito - definizione DPI per pazienti sospetti-probabili e accertati Covid - (procedure e percorsi vestizione – svestizione) - Numero di operatori presenti contemporaneamente nel blocco operatorio e nelle singole sale operatorie - Gestione elettromedicali		
Procedure disinfezione della sala operatoria nelle varie situazioni cliniche (Covid, sospetto Covid, non Covid)		
Procedure gestione rifiuti (Covid, sospetto Covid)		
Individuazione blocco operatorio/sala operatoria per pz Covid		

Note di riferimento Delibera Regionale

Pag. 15 REQUISITI PER LE SALE OPERATORIE (SO) IN PRESENZA DI PAZIENTE COVID-19

Dove possibile, si deve utilizzare una sala operatoria dedicata per i Pazienti COVID-19 positivi. Durante l'intervento, le porte delle sale (sala preparazione Paziente e sala operatoria) devono essere ben chiuse. Allestire la SO con i materiali strettamente necessari per la tipologia di intervento da eseguire. Evitare l'ingresso nella SO di tutti i carrelli ad uso comune che non hanno stretta attinenza con l'attività chirurgica. Laddove sia necessario utilizzare apparati o tecniche che prevedono la generazione di aerosol e/o fumi, rendere disponibile un aspirafumo. Laddove possibile, utilizzare una strumentazione monouso. Laddove possibile, prediligere teleria monouso. Il materiale necessario per l'assistenza al Paziente deve essere dedicato. Tutto il materiale monouso deve essere eliminato nei contenitori per rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo. Il materiale recuperabile, non monouso, a seconda del livello di criticità di appartenenza, deve essere sottoposto a decontaminazione, lavaggio, asciugatura, disinfezione e sterilizzazione. Tutto il materiale usato deve essere manipolato e smaltito in modo da evitare qualsiasi forma di contaminazione a carico dell'ambiente, degli operatori e degli altri pazienti.

Le attrezzature elettromedicali che non possono essere destinate ad uso esclusivo (respiratore, apparecchiature per Rx, ecc.), al termine dell'uso, previa valutazione delle schede tecniche, devono essere sottoposte a decontaminazione e sterilizzazione (dove applicabile). Durante il ricondizionamento dei dispositivi deve essere utilizzato materiale monouso (guanti, carta, pannetti, ecc.). Laddove possibile, identificare percorsi puliti e contaminati per il passaggio dei pazienti dalle aree di degenza al blocco operatorio. Non far sostare il paziente nelle aree di preparazione o nella recovery room, il paziente deve essere portato in una sala operatoria designata e adeguatamente segnalata per ridurre al minimo l'esposizione del personale. I pazienti devono indossare mascherine chirurgiche monouso fino al momento dell'intubazione. Se l'anestesia generale non è necessaria, il paziente, compatibilmente con le condizioni cliniche, deve continuare a indossare la mascherina chirurgica per tutto il tempo.

Pag.16 DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE E COMPORTAMENTI IN SALA OPERATORIA

Nel corso di interventi su pazienti accertati/sospetti COVID-19 oppure in emergenza, qualora si eseguano interventi sulle vie aeree che possono provocare la generazione di aerosol, il personale di sala deve indossare i DPI raccomandati per l'esecuzione di procedure che generano aerosol. La vestizione e la svestizione degli operatori sanitari deve essere eseguita rispettando rigorosamente le manovre per ridurre il rischio per gli operatori e di contaminazione ambientale. Se possibile, deve essere supervisionata da un osservatore addestrato. L'assistenza attiva durante la svestizione costituisce un'opportunità per ridurre al minimo il rischio di contaminazione accidentale. Si raccomanda di ridurre al minimo il numero di componenti dell'equipe; tutto il personale non strettamente necessario dovrà essere escluso dall'ingresso in sala operatoria.

Pag. 16 PROCEDURE PER LA DISINFEZIONE DELLA SO E GESTIONE DEI RIFIUTI

Per ridurre i tempi di ripristino della sala tra un intervento ed il successivo, in caso di interventi chirurgici nei quali non siano state effettuate altre procedure che generano aerosol oltre all'intubazione, deve essere eseguita la pulizia entro 1 metro e mezzo del tavolo operatorio. I rifiuti sanitari devono essere smaltiti come rifiuti sanitari a rischio infettivo. I dispositivi medici riutilizzabili devono essere disinfettati secondo le procedure di disinfezione dei dispositivi medici riutilizzabili correlati a SARS-CoV-2. La teleria utilizzata in sala operatoria deve essere eliminata se monouso o collocata nei sacchi dedicati al percorso previsto per la biancheria infetta. Devono essere sottoposte a disinfezione tutte le superfici degli strumenti e dei dispositivi tra cui il tavolo dello strumentario, il tavolo operatorio, ecc. Eventuali residui di sangue o altri fluidi biologici devono essere completamente rimossi prima della disinfezione seguendo le procedure locali in uso. Tutte le superfici devono essere pulite con un disinfettante contenente 0,1% di cloro attivo o nel caso di superfici non trattabili con soluzione clorata utilizzare alcool al 70% rispettando il tempo di contatto indicato nella scheda tecnica del disinfettante utilizzato.

PAVIMENTI E PARETI Va eseguita nel caso di interventi chirurgici nei quali sono state effettuate altre procedure che generano aerosol oltre all'intubazione. Eventuali residui di sangue o altri fluidi biologici devono essere completamente rimossi prima della disinfezione secondo le procedure locali in uso. Tutte le superfici devono essere pulite con un disinfettante contenente 0,1% di cloro rispettando il tempo di contatto indicato nella scheda tecnica del prodotto utilizzato.

Pag. 10 PERCORSO DI ACCESSO

Le sale operatorie rappresentano uno degli elementi da garantire per una corretta programmazione delle attività: in applicazione del principio di differenziazione dei percorsi è necessario identificare il numero di Sale Operatorie da destinare a pazienti COVID positivi (per emergenze, urgenze non differibili) situate possibilmente distanti da Sale Operatorie da destinare agli altri pazienti.
In termini di programmazione degli interventi chirurgici la pianificazione della nota operatoria settimanale deve essere eseguita con l'anticipo necessario a garantire l'attivazione del processo di screening telefonico del paziente. Successivamente si potrà procedere alla definizione della nota operatoria giornaliera in relazione agli esisti dello screening telefonico e della valutazione in pre-ricovero. La pianificazione degli interventi attraverso le note operatorie giornaliere dovrà essere costruita per garantire il rispetto dei necessari tempi di sanificazione utilizzando la base dati storica per prevedere la produzione attesa in termini di occupazione di sala operatoria.
Al fine di identificare i pazienti potenzialmente infetti e ridurre il rischio di trasmissione, è importante definire un percorso di triage che inizi prima dell'accesso in ospedale, mediante contatto telefonico con il paziente per gli interventi chirurgici programmati o al momento dell'accesso in ospedale (generalmente PS) per le urgenze. Il triage è mirato alla identificazione di soggetti con infezione COVID-19 sospetta/confermata, soggetti con sintomi compatibili anche lievi (possibile infezione COVID-19) e contatti di caso, al fine di definire il percorso più appropriato e sicuro
Per i pazienti sottoposti ad interventi in emergenza e talvolta anche per quelli in urgenza, non è possibile determinare la presenza di sintomi COVID-19 o di contatti a rischio. Per questo motivo, tali pazienti vengono gestiti come COVID-19 durante l'intervento e nelle fasi che lo precedono e in quelle immediatamente successive. In questo modo, è possibile ridurre l'eventuale rischio di trasmissione agli altri pazienti e al personale. E' opportuno, comunque, effettuare un tampone rinofaringeo prima dell'intervento, o nel postoperatorio qualora non sia stato possibile effettuarlo prima, il cui esito può fornire utili informazioni per la gestione del paziente nelle fasi successive del ricovero e per un suo specifico trattamento medico. Si possono quindi prefigurare tre situazioni/percorsi: 1. Interventi programmati 2. Interventi in urgenza 3. Interventi in emergenza

ITEMS 4 PRERICOVERO E RICOVERO PER INTERVENTO

ATTIVITA'	SI	NO
Procedura percorso prericovero: - dal contatto col paziente, triage telefonico prima del prericovero e prima dell'intervento (scheda triage pag. 11 Delibera Reg.) - accoglienza presso l'area di prericovero - visite (anestesiologica, specialistica chirurgica, consulenze specialistiche etc.) - esami preoperatori da eseguire (radiologici, laboratoristici, cardiologici e quanto necessario) - esecuzione tampone e intervallo temporale antecedente al ricovero definitivo - rinvio del pz a casa con le prescrizioni necessarie per l'intervento chirurgico - comportamento degli operatori - DPI da indossare (operatori e pazienti - esecuzione tampone (formazione operatore)		
Procedura di intervento pz sospetto o confermato Covid in emergenza/urgenza		
Procedura di assistenza post-operatoria per pz sospetto o confermato Covid dopo intervento chirurgico in regime di emergenza/urgenza che tenga conto della possibilità di ricovero in area non intensiva ovvero intensiva		

Note di riferimento Delibera Regionale

Pag. 14 REQUISITI PER I SERVIZI DI PRE-RICOVERO

Le modalità organizzative del pre-ricovero devono subire una rilevante riprogrammazione al fine di garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori coinvolti.

• gli accessi devono essere programmati per appuntamento e devono essere scaglionati al fine di evitare la sosta in luoghi di attesa;

• non è consentita la permanenza di accompagnatori salvo autorizzazione specifica della direzione sanitaria;

• fin dal momento dell'accesso il paziente è tenuto ad indossare la mascherina;

• devono essere evitate attese per le diverse prestazioni (tampone, visita anestesiologica, rx, ecc.) o in alternativa garantire che i pazienti possano attendere in spazi isolati o che consentano il distanziamento oppure devono essere individuati percorsi differenziati;

• in attesa dell'esito del tampone (visto che tale attesa può protrarsi per alcune ore) il paziente deve sostare in ambiente isolato;

• l'accesso del personale, munito dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI), nella stanza deve essere limitato alle effettive necessità del paziente;

• se l'esito del tampone non dovesse essere disponibile in giornata il paziente deve essere ricoverato in stanza singola come sospetto-COVID.

Pag. 13 *Se il paziente risulta eleggibile per l'intervento e negativo per COVID (anamnesi, RX e tampone tutti negativi) si procede al ricovero immediatamente ed il paziente è confermato in lista "utile" per il giorno successivo.*

Se il tampone risulta positivo a SARS-Cov-2 o vi sono elementi per sospettare una infezione in corso o in incubazione e l'intervento può essere rimandato, il paziente è rinviato al domicilio e viene attivata la presa in carico da parte dei servizi territoriali o, se il quadro clinico lo richiede, viene ricoverato in reparto COVID. Se il team di cura ritiene comunque l'intervento non rimandabile, il paziente è confermato in lista "urgenze COVID - 19 +" per il giorno successivo utilizzando la sala operatoria appositamente dedicate COVID o riprogrammato se sono necessari ulteriori approfondimenti. In questi casi, il paziente rimane in stanza singola oppure viene ricoverato in un reparto COVID

INTERVENTI URGENTI

Il Paziente sintomatico deve essere gestito come Paziente COVID. Il Paziente asintomatico deve essere valutato dal punto di vista anamnestico; i contatti stretti (accertati o probabili) di pazienti COVID vanno gestiti come pazienti COVID. Al momento dell'accesso, o non appena possibile, compatibilmente con le priorità clinico- assistenziali e le condizioni del paziente, deve essere eseguito in ogni caso il tampone naso-faringeo, per decidere la destinazione del paziente nel percorso post-operatorio.

INTERVENTI IN EMERGENZA In tutti gli interventi per i quali non sia possibile effettuare una valutazione del rischio infettivo, il Paziente deve essere gestito come Paziente COVID. Al momento dell'accesso, o non appena possibile, compatibilmente con le priorità clinico assistenziali e le

condizioni del paziente, deve essere eseguito in ogni caso il tampone naso-faringeo, per decidere la destinazione del paziente nel percorso post-operatorio.

Pag. 12 INTERVENTI PROGRAMMATI NON PROCRASTINABILI

Indicativamente 7 giorni prima dell'intervento chirurgico, deve essere effettuata un'attenta valutazione anamnestica telefonica della storia del paziente nei 30 giorni precedenti, per identificare l'eventuale presenza di una o più delle seguenti condizioni: infezione confermata da COVID-19 in corso, sintomatologia riferibile a COVID-19 (febbre, sintomatologia respiratoria, ecc.); esposizione a casi di COVID-19. In particolare, devono essere indagati i seguenti aspetti: • presenza di una infezione COVID-19 accertata in corso o di sintomi riferibili a COVID-19 • rispondenza a uno o più criteri di contatto stretto di caso; • presenza di familiari o conviventi sintomatici; • esecuzione recente di tampone con dettagli su motivazione ed esito (positivo, negativo, in attesa di referto).

si deve raccomandare al paziente di osservare un isolamento preventivo di almeno 7 giorni prima della data fissata per l'intervento e di dare tempestiva comunicazione in caso di comparsa di sintomi.

E' preferibile organizzare l'attività del pre-ricovero con invito del paziente ad accedere all'ospedale 24 ore prima dell'intervento per l'esecuzione del definito profilo pre-ricovero . Tale modalità organizzativa consente un solo accesso riducendo la mobilità di pazienti e accompagnatori e massimizza la validità del risultato del tampone rispetto allo stato di salute al momento dell'intervento . E' essenziale la permanenza del paziente in un'area se possibile con locali singoli o che garantisca il rispetto del distanziamento con spazi adeguatamente separati . Qualora la struttura non fosse nelle condizioni di effettuare il tampone nelle 24 h precedenti il ricovero, il prericovero può essere anticipato non più di 48-72 h prima dell'intervento . Se il prericovero è stato eseguito 72 h prima dell'intervento è necessario ripetere il tampone naso faringeo al momento del ricovero

ITEMS 5 DEGENZA NON COVID

ATTIVITA'	SI	NO
Individuazione n. posti letto per stanza di degenza nel rispetto dei criteri di distanziamento per tutto l'ospedale con conseguente reportistica		

Note di riferimento Delibera Regionale

DEGENZA DEI PAZIENTI CHIRURGICI pag. 14

Durante il decorso post-operatorio del paziente chirurgico NON COVID, a scopo precauzionale, si raccomanda che: • tra i pazienti venga mantenuta la distanza di almeno 1 metro e, in caso di avvicinamenti con altri degenti, operatori o visitatori, indossino la mascherina chirurgica; • l'eventuale contatto con familiari e affetti stabili, di norma, deve svolgersi con modalità "videochiamata"; • gli operatori indossino la mascherina chirurgica o i DPI indicati per l'attività svolta; • deve comunque essere mantenuto un elevato livello di attenzione sulla comparsa eventuale di sintomi riferibili a Covid-19 nella fase post-operatoria dato che l'infezione al momento del ricovero poteva essere in incubazione o il test aver dato un risultato falsamente negativo.

I pazienti per i quali non è disponibile l'esito del tampone devono essere collocati nell'area "filtro" isolata. Il paziente COVID positivo deve essere collocato nel post-operatorio presso l'area COVID dedicata più adeguata al caso clinico.

REGIONE PUGLIA
ASL Bari
Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari

SISTEMA DOCUMENTALE AZIENDALE
GESTIONE PROTOCOLLO INFORMATICO

CUPERTINO MINA [Disconnessione]

Protocollo ASL BARI n° 86752/2020 - E - REGISTRO GENERALE

Mittente
DEFILIPPIS VINCENZO * vincenzo.defilippis@asl.bari.it

Protocollo Esterno / Riferimento **del**

Dati Protocollazione
Direzione Generale | E | 86752 | 2020 | 05/06/2020 16:35

Scadenza Pratica

Oggetto
INVIO LINEE GUIDA FASE 2 ATTIVITA' OSPEDALIERE

Mezzo

Generato Da (Utente)
BASILE CARMELA

FASCICOLI

DESTINATARI

Struttura

Cc Solo Interni

Stuttura Destinazione	Cc
Direzione Generale	
Direzione Sanitaria	
Stab. Osp. San Paolo - Direzione Sanitaria	
Stab. Osp. Molfetta - Direzione Sanitaria	
Stab. Osp. Corato - Direzione Sanitaria	
Stab. Osp. Terlizzi - Direzione Sanitaria	
Stab. Osp. Di Venere - Direzione Sanitaria	
Stab. Osp. Triggiano - Direzione Sanitaria	
Stab. Osp. della Murgia - Direzione Sanitaria	
Stab. Osp. Monopoli - Direzione Sanitaria	
Stab. Osp. Putignano - Direzione Sanitaria	

ASSEGNAZIONI

Struttura **Assegnazione**

Cc

Gruppi

Descrizione Assegnazione

Visualizza solo Assegnazioni della Struttura di Appartenenza

DIPENDENTI

ALLEGATI

Allegato	Descrizione	Utente Proprietario	Stato	Visualizza	Elimina
99274_116298.pdf	doc00338120200605143350	BASILE CARMELA	VALIDO		

File Allegato Scegli file Nessun file selezionato **Aggiungi Allegato** Aggiungi Numero Digitale

Descrizione Documento

Copyright® 2019 – Unità Operativa Analisi e Sviluppo del Sistema Informativo