



REGIONE SICILIANA - A.S.P. 8 di SIRACUSA

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

Corso Gelone 17, 96100 Siracusa – Tel. 0931/484343 - Fax 0931/484383 – Email: direzione.sanitaria@asp.sr.it

Prot. n. 59 / DSA	Siracusa, 2 marzo 2020
Oggetto:	<i>Organizzazione della Gestione Sanitaria dell’Emergenza Coronavirus e relative Procedure: Direttive della Direzione Sanitaria Aziendale</i>

A : Direttore Dipartimento Prevenzione Medico
Direttore ff Dipartimento dell’Emergenza
Direttore del Dipartimento dei Servizi Ospedalieri
Direttore Medico del P.O. Umberto I
Direttore del Dipartimento della Ospedalità
Direttore ff UOC Malattie Infettive
Direttori UOC Pr. Socc. di Siracusa, Lentini, Augusta e Avola
Direttore UOC Rianimazione di Siracusa, Lentini e Avola
Resp.le UOS ASB presso UOC Cure Primarie
Resp.le UOSD Pte-118
Staff Medico Unità di Crisi
Staff Infermieristico Unità di Crisi
Direttori dei Distretti di Siracusa, Lentini, Augusta e Noto
Direttori delle UOC di Farmacia Ospedaliera e Territoriale
Direttore del Dipartimento Amministrativo
Direttore UOC G.R.U.
Direttore UOC Provveditorato
Direttore UOC Tecnico
Direttore UOC Affari Generali
Resp.le UOS Comunicazione-URP
Resp.le UOS Educazione alla Salute
Resp.le UOS Formazione
Resp. Ufficio Stampa

Segretario Prov.le FIMG
Segretario Prov.le FIMP

E p.c. Direttore Generale
Direttore Amm.vo

Come è ormai a tutti noto, il 31 dicembre 2019 le autorità sanitarie cinesi hanno notificato, al WHO China Country Office, 27 casi di polmonite ad origine sconosciuta con un chiaro legame epidemiologico col mercato di animali vivi di Huanan. L’agente patogeno, un RNA-virus, venne individuato per la prima volta il 9 gennaio 2020. Da allora l’epidemia ha cominciato a propagarsi anche oltre i confini cinesi e, dal 21 febbraio, ha fatto la sua comparsa anche nel territorio italiano. Le istituzioni sanitarie nazionali e regionali hanno prontamente emanato importanti direttive, che è d’obbligo applicare col massimo rigore.

Si rende necessario pertanto, strutturare in modo più articolato, l’intera macchina organizzativa che l’Azienda Sanitaria di Siracusa ha già comunque avviato. A tal fine, si impartiscono le seguenti direttive.

E' opportuno, tuttavia preliminarmente, fornire alcune sommarie informazioni scientifiche e inquadrare la problematica nel contesto dell'articolato impianto normativo che in pochissimi giorni si è andato delineando. A seguire poi, saranno illustrate le direttive aziendali coerenti col suddetto quadro di riferimento normativo, precisando che in calce ad ogni paragrafo le parti sottolineate costituiscono le disposizioni impartite ad ogni attore dell'organizzazione, secondo le rispettive competenze.

INFORMAZIONI SCIENTIFICHE

L'agente patogeno responsabile dell'epidemia è, come è noto, un coronavirus, un agente che può causare malattie negli animali e nell'uomo. Come ogni RNA-virus, si tratta di un frammento di RNA che si lega alle cellule dell'organismo ospite, per il tramite di un recettore, ne penetra la membrana e ne sfrutta le funzioni per replicare il proprio codice genetico. Il serbatoio di origine del virus è la specie animale, ed in particolare quella dei pipistrelli. Il coronavirus di questi volatili condivide la sequenza genetica del coronavirus umano per ben il 96,2%. Ciò significa che il virus, grazie ad una mutazione genetica, ha fatto uno "spillover", cioè un salto di specie, ed è passato dai pipistrelli all'uomo. I coronavirus sono apparsi per la prima volta negli anni 60. Da allora ne sono stati identificati sette tipi. I più famosi sono quelli che hanno dato luogo nel 2002 alla SARS (che aveva una mortalità del 9,4%) e nel 2012 alla MERS (con una mortalità del 34,4%). Quello identificato oggi a Wuhan è strettamente imparentato con quello della SARS, tanto è vero che è stato battezzato SARS-CoV-2, ma rispetto al primo ha una mortalità più bassa (stimata ad oggi intorno al 2,5 %, sebbene non si abbia contezza ancora dei dati definitivi di numeratore e denominatore) e una contagiosità elevata. Si tratta di un virus, infatti, a fronte del quale non esiste ancora un vaccino, né una copertura anticorpale nella popolazione del pianeta. Proprio per questo motivo, sebbene la mortalità per coronavirus sia più bassa di quella della SARS, della MERS o di Ebola, questa epidemia viene affrontata con misure molto drastiche (cordoni sanitari e quant'altro). Il 21 febbraio 2020, come è noto, si è verificato il primo focolaio in Italia, a Codogno. Nel giro di otto giorni l'epidemia si è propagata in modo rilevante. Alla data del 29 febbraio, ad esempio, erano stati censiti 888 casi e 21 decessi, con una mortalità dunque, del 2,3%. Di questi casi, 531 erano stati accertati in Lombardia e 150 in Veneto, regioni dei primi due focolai (peraltro collegati tra loro). E negli ultimi giorni l'Emilia Romagna ha sorpassato il Veneto. Sempre alla data del 29 febbraio, il 38% dei casi erano stati ricoverati, il 9% erano in terapia intensiva, il 46% erano in isolamento domiciliare e il 5% erano già guariti. Il 10% di tutti gli infetti sono medici e operatori sanitari. Si tratta, come è ovvio, di stime molto utili per inquadrare il problema, oltre che dal punto di vista scientifico, anche dal punto di vista della programmazione sanitaria degli interventi da mettere in campo, sebbene, comunque, si stia parlando di numeri e di scenari in continua evoluzione.

Al fine, però, di fare il punto sullo stato dell'arte delle misure intraprese e da intraprendere dall'Azienda, nonché delle direttive che si impartiscono con la presente, appare opportuno, come detto, richiamare il quadro di riferimento normativo entro cui inquadrare le misure, con particolare riferimento agli aspetti di pertinenza più squisitamente sanitari.

1 - PRECEDENTI RIFERIMENTI NORMATIVI

Con la circolare n. 1997 del 22 gennaio 2020 (poi integrata dalla n. 2823 del 28 gennaio 2020) il Ministero della Salute ha emanato le prime direttive sull'argomento in oggetto, indirizzandole, tra gli altri, alle Regioni e agli Ordini Professionali dei Medici per la successiva diffusione.

Con la circolare Prot../Serv.4/n.3257 del 29 gennaio 2020 l'Assessorato alla Salute della Regione Siciliana ha recepito le suddette circolari ministeriali e ha impartito, ai Direttori Sanitari delle Aziende Sanitarie siciliane e ai rispettivi Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione, alcune precise direttive in merito. Contestualmente, con la circolare Prot../Serv.4/n.3005 dello stesso 29 gennaio 2020, l'Assessorato ha impartito disposizioni anche ai MMG (Medici di Medicina Generale), ai PLS (Pediatri di Libera Scelta) e ai MCA (Medici di Continuità Assistenziale).

Con la nota n. 22/DSA del 30 gennaio 2020, quindi, questa Direzione Sanitaria, unitamente alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione, ha impartito, a sua volta, precise indicazioni operative agli operatori sanitari della Asp coinvolti nella gestione dell'emergenza Coronavirus.

Successivamente, il Ministero ha emanato tutta una serie di circolari esplicative che hanno integrato quella precedente riguardo ad alcuni aspetti specifici, ed in particolare:

- a) Circolare n. 2993 del 31 gennaio 2020 (gestione dei contatti sulle navi e sul territorio)
- b) Circolare n. 3187 del 1 febbraio 2020 (gestione studenti e docenti reduci da zone a rischio)
- c) Circolare n. 3190 del 3 febbraio 2020 (indicazioni per gli operatori dei servizi col pubblico)
- d) Circolare n. 4001 del 8 febbraio 2020 (ulteriori disposizioni su studenti reduci da zone a rischio)
- e) Circolare n. 4373 del 12 febbraio 2020 (DPI, Dispositivi di Protezione Individuali)
- f) Circolare n. 5257 del 20 febbraio 2020 (indicazioni per la gestione di atleti da zone a rischio)

2 - CIRCOLARE MINISTERIALE n. 5443 del 22.02.2020

Più di recente, però, alla luce del mutato scenario epidemiologico venutosi a determinare con i primi casi accertati in Lombardia e Veneto il 21 febbraio 2020, il Ministero alla Salute, con la Circolare n. 5443 del 22 febbraio 2020, ha emanato una nuova direttiva con la quale ha sostanzialmente modificato l'originaria direttiva n. 1997 del 22 gennaio 2020. Più in particolare, la suddetta circolare ha modificato la definizione di "caso sospetto" e ha fornito precise indicazioni sui punti salienti del percorso, che qui di seguito vengono illustrati.

2.1 - Classificazione dei "Casi":

2.1.1 - Definizione di "caso sospetto"

Si definisce tale una persona con infezione respiratoria acuta (cioè che presenta l'insorgenza improvvisa di almeno uno dei seguenti tre sintomi: febbre, tosse o dispnea) e che nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi ha soddisfatto almeno una delle seguenti condizioni:

- Storia di viaggi o residenza in Cina (o in altri Paesi/Comuni con epidemia di SARS-CoV-2)
- Contatto stretto con un "caso probabile" o "confermato" di infezione da SARS-CoV-2
- Ha frequentato una struttura sanitaria dove sono stati ricoverati pazienti con SARS-CoV-2

Può essere classificato come "caso sospetto", infine, anche il paziente che presenta un decorso clinico insolito o inaspettato e un deterioramento improvviso nonostante un trattamento adeguato, a prescindere dal fatto che abbia avuto o meno una recente storia di viaggi in zone a rischio.

2.1.2 - Definizione di "caso probabile"

Si definisce tale un "caso sospetto" il cui risultato è dubbio per il test di "Real Time PCR" per SARS-CoV-2 presso i laboratori regionali di riferimento o è positivo utilizzando il test del pan-coronavirus. Il primo test consiste nella ricerca del genoma del virus SARS-CoV-2 e dunque è molto specifico. Il secondo mira alla ricerca di tutti i tipi di Coronavirus, anche di quelli diversi dal SARS-CoV-2. Trattandosi, pertanto, di un test molto sensibile (rileva tutti i tipi), ma poco specifico (non rileva solo i SARS-CoV-2), la positività a questo test non è sufficiente per individuare un caso confermato ed è necessario un secondo test di conferma a cura del Laboratorio accreditato dall'ISS (Istituto Superiore di Sanità).

2.1.3 - Definizione di "caso confermato"

Si definisce tale un "caso probabile" confermato dai test effettuati presso l'Istituto Spallanzani di Roma, centro di riferimento nazionale dell'ISS. La conferma è assolutamente necessaria per accertare il caso. Basti dire che alla data del 26 febbraio (quinto giorno dall'inizio del primo focolaio in Italia) l'ISS ha comunicato che su 10.000 tamponi effettuati in Italia solo poco meno del 4% sono risultati positivi. E di questi (374 positivi al primo test) i casi confermati dallo Spallanzani erano solo 190, ovvero appena il 50%.

2.1.4 - Definizione di "contatto stretto"

Si definisce tale un soggetto che risponda ad uno dei seguenti criteri:

- Soggetto (operatore sanitario e no) impiegato nell'assistenza di un caso sospetto/confermato
- Soggetto entrato in contatto stretto con un caso sospetto o confermato, e dunque che abbia vissuto nella stessa casa o lavorato in uno stesso ambiente confinato o abbia viaggiato a stretto contatto con un caso sospetto o confermato.

2.2 - Direttive per i MMG

Il paziente, oltre ad essere invitato a non recarsi al Pronto Soccorso, va invitato a non recarsi neanche presso lo studio del medico curante, al fine di limitare i potenziali contagi, né alla Guardia Medica, preferendo invece la modalità del triage telefonico. Il MMG, se contattato telefonicamente, effettuerà, dunque, un primo triage telefonico. Le azioni che dovrà porre in essere sono differenti a seconda che il paziente sia sintomatico o meno. Più in particolare:

2.2.1 - Paziente sintomatico – Se il paziente è sintomatico ($T^{\circ} > 37,5$, mal di gola, rinorrea, difficoltà respiratoria e sintomatologia simil-influenzale/simil COVID-19/polmonite) il MMG provvederà a:

- ❑ Inoltrare la notifica obbligatoria al Dipartimento di Prevenzione
- ❑ Attivare la “Scheda di Valutazione” raccogliendo i dati anagrafici del paziente
- ❑ Effettuare la valutazione epidemiologica (storie di viaggi in zone a rischio < 14 gg, contatti, ecc.)
- ❑ Effettuare la valutazione clinica (anche telefonica) del paziente

Qualora il MMG riscontri elementi di particolare gravità clinica (coscienza alterata, pressione sistolica bassa, minore o uguale a 100, e difficoltà respiratorie a riposo), attiverà il 118, che trasferirà il paziente nel più vicino reparto di Malattie Infettive di riferimento, dotato di camerette (disponibili) a pressione negativa, senza transitare dal Pronto Soccorso ospedaliero.

2.2.2 – Paziente pauci-sintomatico – Se non sussistono le condizioni di gravità sopra illustrate, il MMG, dopo aver inoltrato la notifica al Dipartimento di Prevenzione e dopo aver fatto il triage telefonico con valutazione clinica ed epidemiologica disporrà al paziente l’isolamento domiciliare ed attiverà la sorveglianza attiva con rilevamento della temperatura due volte al giorno o con tutte le misure che riterrà necessarie durante tutto il periodo del monitoraggio

I Direttori dei Distretti di Lentini, Augusta, Siracusa e Noto, collaborati dal Resp.le della UOS ASB della UOC Cure Primarie, cureranno l’informativa ai MMG, PLS, MCA degli ambiti territoriali di rispettiva competenza ed il regolare adempimento di quanto previsto ai punti

2.3 – Direttive sul 118

In caso di attivazione del 118 (ad esempio da parte del MMG) la centrale operativa effettua l’ulteriore triage telefonico e contatta il reparto di Malattie Infettive per concordare le modalità di trasporto e i tempi di arrivo. Il personale del 118 dovrà essere munito dei DPI e l’ambulanza dovrà essere decontaminata subito dopo il trasferimento.

Il compito di approvvigionare dei DPI le ambulanze viene assegnato al al Resp.le della UOSD 118-PTE.

2.4 - Ipotesi di accesso diretto al Pronto Soccorso

E’ possibile che, nonostante le raccomandazioni indirizzate ai cittadini, un paziente con sintomatologia respiratoria simil influenzale si rechi direttamente al Pronto Soccorso, bypassando i filtri telefonici del MMG. In questi casi la circolare ministeriale prevede la protezione del personale sanitario con DPI (mascherine FFP2, guanti, tute, occhiali) nonché un percorso immediato e un’area dedicata per il triage onde evitare il contatto con gli altri pazienti. Quindi, se sussistono le condizioni che identifichino un “caso sospetto” di COVID-19/polmonite il paziente, munito di mascherina, va indirizzato al Dipartimento di Malattie Infettive e trattato nelle camere di isolamento a pressione negativa (ovvero delle stanze che, grazie alle condizioni di pressione negativa impediscono agli agenti infettanti di diffondersi oltre la stanza). Su questo aspetto si tornerà con maggior dettaglio in seguito (vedi paragrafo 7.4.2).

2.5 – Gestione dei casi nelle Strutture Sanitarie, Laboratori, pulizia degli ambienti, misure di igiene

La circolare infine prevede altre misure riguardanti la gestione dei casi nelle Strutture Sanitarie, i Laboratori accreditati con relative procedure, la pulizia degli ambienti sanitari e non sanitari, il corretto utilizzo dei DPI e le misure di igiene da garantire negli ambienti ospedalieri ed in genere sanitari, a cui si rimanda. Su questo aspetto si tornerà con maggior dettaglio in seguito (vedi paragrafo 7.4.3).

3 - DECRETO LEGGE n. 6 e DPCM del 23.02.2020

Successivamente, in data 23 febbraio 2020 il Governo Nazionale ha emanato un Decreto Legge recante “*Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*”, e contestualmente un DPCM recante “*Disposizioni attuative del decreto legge 23 febbraio 2020, n. 6*”. Con questi provvedimenti normativi, oltre a fornire indicazioni sulle misure da adottare per contenere la diffusione del virus, è stato introdotto il concetto di suddivisione delle aree di rischio in zone rosse e gialle.

3.1 Suddivisione in Zone Rosse e Zone Gialle

Sono da intendersi quali aree rosse quei comuni in cui “*risulta positiva almeno una persona per la quale non si conosce la fonte di trasmissione o comunque nei quali vi è un caso non riconducibile ad una persona proveniente da un'area già interessata dal contagio*”. Si tratta, dunque, in altri termini delle aree che presentano un cluster autoctono, ovvero non costituito da soggetti provenienti da un'altra area a rischio. Nell'allegato 1 del Decreto Legge sono elencati gli 11 comuni individuati come zona rossa (10 in Lombardia e uno in Veneto). Si definisce invece zona gialla il resto dell'intera regione entro la quale sono contenuti i cluster autoctoni delle zone rosse. Nel caso specifico la Lombardia e il Veneto. Il Ministero della Salute aggiornerà sul proprio sito l'elenco delle aree rosse e delle rispettive aree gialle. Queste indicazioni saranno poi integrate dal successivo DPCM del 1.03.2020 (vedi paragrafo 8).

3.2 Misure urgenti di contenimento sul territorio nazionale: isolamento domiciliare

Oltre a dettare specifiche disposizioni per contenere il contagio nelle Regioni di Lombardia e Veneto, il DPCM, all'art. 2, dispone importanti misure riguardanti le altre Regioni Italiane esterne ai focolai di infezione. Più in particolare “*gli individui che dal 1° febbraio 2020 sono transitati ed hanno sostato nei comuni di cui all'allegato 1 al presente decreto sono obbligati a comunicare tale circostanza al Dipartimento di Prevenzione dell'azienda sanitaria competente per territorio, ai fini dell'adozione, da parte dell'autorità sanitaria competente, di ogni misura necessaria, ivi compresa la permanenza domiciliare fiduciaria con sorveglianza attiva*”. Nello stesso DPCM, inoltre, all'allegato 1 vengono elencati i 10 comuni lombardi del lodigiano individuati come zona rossa (Bertonico, Casalpusterlengo, Castelgerundo, Castiglione d'Adda, Codogno, Fombio, Maleo, San Fiorano, Somaglia, Terranova dei Passerini) e l'unico comune veneto coinvolto (Vò Euganeo, in provincia di Padova).

L'art. 2, pertanto, limita chiaramente la misura dell'isolamento domiciliare ai soggetti provenienti dalle cosiddette zone rosse e ne affida il compito ai Dipartimenti di Prevenzione. Il decreto legge n.6, infine, all'art. 3, comma 4, precisa che il mancato rispetto delle misure introdotte, salvo non costituisca più grave reato, è punito ai sensi dell'art. 650 del codice penale. Queste indicazioni saranno poi integrate dal successivo DPCM del 1.03.2020 (vedi paragrafo 8).

4 – ORDINANZA N. 1 DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE SICILIA

Il 25 febbraio 2020, quindi, il Presidente della Regione ha emanato l'Ordinanza n. 1, recante “*Misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*”. Con questo provvedimento la Regione fornisce utili indicazioni sulle misure da intraprendere riguardo a “*Informazione e Prevenzione*”, nonché su “*Ulteriori misure per la profilassi ed il trattamento dei soggetti che hanno soggiornato nelle aree della Cina ovvero nei comuni italiani ove è stata dimostrata la trasmissione locale del virus*”.

La parte che maggiormente ci riguarda consiste nel punto 7, ove si precisa che “*chiunque abbia fatto ingresso in Italia negli ultimi quattordici giorni dopo aver soggiornato in zone a rischio epidemiologico, come identificate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ovvero nei Comuni Italiani ove è stata dimostrata la trasmissione locale dei virus, l'aggiornamento del quale potrà essere conosciuto attraverso il sito istituzionale del Ministero della Salute e della Regione, deve comunicare tale circostanza al Dipartimento di prevenzione dell'Azienda sanitaria territorialmente competente*”.

Quindi al punto 9 viene precisato che la valutazione epidemiologica del caso e l'eventuale disposizione dell'isolamento volontario spetta al Dipartimento di Prevenzione, che fornisce utili informazioni operative al cittadino, informa il suo medico curante e, in caso di necessità, comunica all'INPS e al datore di lavoro la disposizione di isolamento domiciliare.

A tal fine, nel corso delle riunioni in Assessorato sono state fornite utili informazioni sul codice da attivare in caso di comunicazione all'INPS. In particolare si ricorrerà al codice nosologico V29.0, quarantena obbligatoria o volontaria, e le certificazioni dovranno essere marcate in procedura gestionale CDM con “*anomalia A – generica*”, mentre il medico dovrà indicare nel campo editabile “*in fase di verifica*”.

Nei successivi punti della circolare vengono fornite, infine, altre utili indicazioni sulla modalità di attivazione della Sorveglianza e del monitoraggio.

In buona sostanza dunque l'Ordinanza Presidenziale si rifà a quanto disposto dall'art. 2 del DPCM del 23.02.2020. La procedura, pertanto, può essere sintetizzata come segue:

- ❑ I soggetti “asintomatici” provenienti dalle cosiddette zone rosse (ad oggi i comuni di cui all'allegato 1 del DPCM) hanno l'obbligo di contattare il Dipartimento di Prevenzione che attiverà l'isolamento domiciliare con sorveglianza attiva.
- ❑ I soggetti “asintomatici” provenienti dalle cosiddette aree gialle (ovvero le Regioni in cui insistono i clusters delle zone rosse) hanno l'obbligo di informare i MMG o, qualora non l'avessero (ad esempio un turista) il Dipartimento di Prevenzione, e saranno invitati soltanto a ricontattare il MMG qualora dovessero insorgere i sintomi nel corso dei successivi 14 giorni.
- ❑ I soggetti “sintomatici” seguiranno invece le tradizionali procedure già illustrate in precedenza.

Queste indicazioni saranno poi integrate dal successivo DPCM del 1.03.2020 (vedi paragrafo 8).

Si affida al Direttore del DPM (Dipartimento di Prevenzione Medico) la corretta esecuzione di quanto disposto nell'Ordinanza Presidenziale n. 1, sopra illustrata.

5 - CIRCOLARE MINISTERIALE n. 6360 del 27.02.2020

Più di recente, però, alla luce del nuovo mutato scenario epidemiologico, in continua evoluzione, il Ministero alla Salute, con la Circolare n. 6360 n. 5443 del 22 febbraio 2020, ha emanato una nuova direttiva con la quale ha sostanzialmente modificato la precedente direttiva n. 5443 del 22 febbraio 2020. Più in particolare, la suddetta circolare ha ulteriormente modificato la definizione di “*caso sospetto che richiede esecuzione di test diagnostico*”. Ciò anche in considerazione dell'eccesso di tamponi inappropriati eseguiti nei giorni passati, anche in assenza di sintomi. Nel sottolineare che tali procedure diagnostiche debbano essere limitate solo ai pazienti “sintomici”, ecco a seguire le nuove indicazioni.

5.1 – Caso sospetto di COVID-19 che richiede esecuzione del test diagnostico

Si identifica come “*caso sospetto che richiede esecuzione di test diagnostico*” ...

Criterio Clinico:

Una persona “*con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno tra i seguenti segni e sintomi: febbre, tosse e difficoltà respiratoria) che richiede o meno il ricovero ospedaliero*” e che soddisfi almeno “*uno dei seguenti criteri epidemiologici (riferiti al periodo di tempo dei 14 giorni precedenti la comparsa dei segni e dei sintomi)*” ...

Criterio Epidemiologico:

- ❑ Essere un contatto stretto di un caso confermato o probabile di COVID-19
- ❑ Essere stato in zone con presunta trasmissione comunitaria (dissusa o locale)
 - a) Se il paziente “sintomatico” viene da aree con presunta trasmissione “*comunitaria diffusa*” i criteri per l'esecuzione del test sono soddisfatti
 - b) Se il paziente “sintomatico” viene da aree con presunta trasmissione “*comunitaria locale*” o “a bassa intensità”, è necessaria la “*valutazione clinica caso per caso basata sulla situazione epidemiologica nazionale*”.

Ai fini di individuare le aree a “*trasmissione comunitaria (diffusa o locale)*” la Circolare Ministeriale rimanda al sito: <https://www.ecdc.europa.eu/en/areas-presumed-community-transmission-2019-ncov>.

Per l'esecuzione del test la Circolare rimanda al “*Documento relativo ai criteri per sottoporre soggetti clinicamente asintomatici alla ricerca d'infezione da SARS-CoV-2 attraverso tampone rino-faringeo e test*”

diagnostico” elaborato dal Gruppo di lavoro permanente del Consiglio Superiore di Sanità, e trasmesso dal Ministero con la Circolare Ministeriale n. 6037 del 27.02.2020 (vedi oltre).

Trattandosi di valutazione “clinica” si ritiene opportuno affidare la responsabilità della valutazione dei singoli casi sospetti che richiedano l’esecuzione del test diagnostico alla UOC di Malattie Infettive, collaborata per gli aspetti epidemiologici dal Dip. di Prevenzione.

5.2 – Caso “probabile” e caso “confermato”

Queste due definizioni rimangono sostanzialmente identiche a quelle già fornite dalla Circolare n. 5443 del 22 febbraio 2020, a cui si rimanda (vedi paragrafi 2.1.2 e 2.1.3)

5.3 – Definizione di “contatto stretto”

Nella presente Circolare, invece, viene ulteriormente modificato e meglio definito il concetto di “contatto stretto”, che viene precisato così come segue.

“Il contatto stretto di un caso possibile o confermato è definito come:

- ❑ *una persona che vive nella stessa casa di un caso di COVID-19;*
- ❑ *una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio la stretta di mano);*
- ❑ *una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);*
- ❑ *una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti;*
- ❑ *una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d’attesa dell’ospedale) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri;*
- ❑ *un operatore sanitario od altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso di COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di COVID-19 senza l’impiego dei DPI raccomandati o mediante l’utilizzo di DPI non idonei;*
- ❑ *una persona che abbia viaggiato seduta in aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione, di un caso di COVID-19, i compagni di viaggio o le persone addette all’assistenza e i membri dell’equipaggio addetti alla sezione dell’aereo dove il caso indice era seduto (qualora il caso indice abbia una sintomatologia grave od abbia effettuato spostamenti all’interno dell’aereo, determinando una maggiore esposizione dei passeggeri, considerare come contatti stretti tutti i passeggeri seduti nella stessa sezione dell’aereo o in tutto l’aereo).*

Il collegamento epidemiologico può essere avvenuto entro un periodo di 14 giorni prima dell’insorgenza della malattia nel caso in esame”.

6 - CIRCOLARE MINISTERIALE n. 6337 del 27.02.2020

Con la Circolare Ministeriale n. 6037 del 27.02.2020, inoltre, il Ministero ha trasmesso il “Documento relativo ai criteri per sottoporre soggetti clinicamente asintomatici alla ricerca d’infezione da SARS-CoV-2 attraverso tampone rino-faringeo e test diagnostico” elaborato dal Gruppo di lavoro permanente del Consiglio Superiore di Sanità (Sezione II).

Nel suddetto documento il Gruppo di lavoro raccomanda di eseguire il tampone solo ai casi sintomatici:

- ❑ Casi sintomatici di **ILI** (“*Influenza-Like Illness*”, Sindrome Simil-Influenzale) non attribuibili ad altra causa e con link epidemiologico ad aree a trasmissione secondaria
- ❑ Casi di **ARDS** (“*Acute Respiratory Distress Syndrome*”, Sindrome da distress respiratorio acuto)
- ❑ Casi di **SARI** (“*Severe Acute Respiratory Infections*”, Infezione respiratoria acuta grave)
- ❑ Casi “**sospetti di COVID-19**” secondo le definizioni di cui all’allegato 1 del documento, ovvero quelle già riportate dalla Circolare n. 6360 (vedi paragrafo 5.1)

Negli allegati al documento, infine, il Gruppo di lavoro fornisce le definizioni di ILI, ARDS, SARI e di “Caso sospetto” di COVID-19, a cui si rimanda.

7 – DIRETTIVA REGIONALE Prot./Serv.4/ n. 7625 del 28.02.2020

Con nota Prot./Serv.4/ n. 7625 del 28.02.2020, quindi, l'Assessorato Regionale alla Salute ha emanato una nuova "Direttiva" che recepisce in gran parte la Circolare Ministeriale n. 6360 del 27.02.2020 e fornisce ulteriori indicazioni operative alle Aziende Sanitarie.

7.1 – Definizioni di “caso sospetto”, “probabile”, “confermato” e di “contatto stretto”

Vengono evidenziate le nuove definizioni di “*caso sospetto che richiede esecuzione di test diagnostico*”, di “*caso probabile*”, di “*caso confermato*” e di “*contatto stretto*”, in stretta aderenza a quanto già illustrato dalla Circolare Ministeriale n. 6360 del 27.02.2020, a cui si rimanda.

7.2 – Notifica dei casi

Tutti i casi sospetti di polmonite da nuovo coronavirus, devono essere notificati con la scheda “Allegato 3” della circolare ministeriale 1997 del 22.01.2020 e trasmessi al Servizio 4 DASOE, che a sua volta le trasmetterà giornalmente, entro le ore 10 e le ore 16 di ogni giorno (inclusi i festivi) al ministero della Salute. Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione, pertanto, è invitato a organizzare e curare giornalmente la raccolta e l'invio dei suddetti dati, raccordandosi con le relative strutture, ed in particolare coi Direttori Medici dei PP.OO. e coi Direttori dei Distretti (per quanto attiene a MMG, PLS e MCA), ai quali è fatto obbligo di collaborare puntualmente col Dipartimento di Prevenzione, secondo le modalità indicate dalla Direttiva Regionale.

7.3 – Misure di controllo da attivare sul Territorio “per le singole tipologie di paziente”

Con riferimento al “Territorio” (e dunque ai compiti del MMG, PLS o MCA) la nuova “Direttiva Regionale” si rifà a quelle stesse già previste dalla Circolare Ministeriale n. 5443 del 22.01.2020 (vedi paragrafo 2.2) e individua sei tipologie di casi sospetti (così come nella definizione data dalla precedente Circolare Ministeriale n. 6360 del 27.02.2020), da trattare con distinte procedure.

7.3.1 – Caso sospetto “asintomatico o pauci-sintomatico”

Di norma un “caso sospetto”, secondo la definizione ministeriale è sempre “sintomatico”. Tuttavia la Direttiva Regionale contempla anche questa fattispecie.

Nei casi in cui le condizioni cliniche del paziente non necessitino di ricovero ospedaliero, il MMG (o PLS) lo gestirà al domicilio e notizierà il Dipartimento di Prevenzione, che compilerà la scheda di cui all'allegato 3 della circolare ministeriale n. 1997 del 22.01.2020 e attiverà le procedure di isolamento domiciliare fiduciario con sorveglianza attiva, se previste.

I MMG (o PLS) che vengono a conoscenza di un “caso sospetto” asintomatico, o più propriamente pauci-sintomatico, devono:

- ❑ Raccogliere informazioni anagrafiche compilando la Scheda dell'All. 1 alla Direttiva Regionale
- ❑ Sconsigliare ai pazienti di soggiornare in sala d'attesa e visitarli in locale dedicato o a domicilio
- ❑ Dotarsi di DPI (mascherina, guanti, occhialini, camice monouso)
- ❑ Disinfettare le superfici con ipoclorito di sodio 0,1% dopo pulizia con detergente neutro
- ❑ Smaltire i rifiuti come materiale infetto categoria B (UN3291)
- ❑ Adottare sistematicamente e rigorosamente le precauzioni standard, (droplets, ecc.)

7.3.2 – Caso sospetto di paziente sintomatico

Nei casi sospetti di pazienti sintomatici (t° 37,5, mal di gola, rinorrea, difficoltà respiratoria e sintomatologia simil-influenzale/COVID-19/polmonite), la procedura indicata dalla Regione distingue i casi che non necessitano del ricovero da quelli che invece sono da ricoverare.

Nel primo caso (non ricovero) i MMG (o PLS o MCA) devono:

- ❑ Effettuare la valutazione clinica ed epidemiologica, tenendo presente le eventuali patologie preesistenti e lo stato vaccinale, così come indicato nella scheda di cui all'All. 1 della Direttiva Regionale in questione.

- ❑ Segnalare il paziente all'ASP competente che, anche “*di concerto con la centrale operativa del 118*”, se sussistono i requisiti di cui al paragrafo 5.1 (“*Caso sospetto di COVID-19 che richiede esecuzione del test diagnostico*”), effettuerà il tampone per la ricerca del virus a domicilio.
- ❑ Inviterà il paziente ad effettuare l'isolamento e consiglierà l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (specie per i contatti) e l'adozione di tutte le norme igieniche necessarie, con periodica “*rivalutazione telefonica del caso*”.

Nel secondo caso (necessità di ricovero) i MMG (o PLS o MCA) devono:

- ❑ Contattare il Servizio 118 che, effettuata la valutazione, provvederà a trasferire il paziente nel più vicino reparto di Malattie Infettive di riferimento, dotato di camerette (disponibili) a pressione negativa, senza transitare dal Pronto Soccorso ospedaliero.

7.3.3 – Caso sospetto di paziente paucisintomatico/contatto stretto negativo al test

In questi casi i MMG (o PLS o MCA) devono:

- ❑ Predisporre la sorveglianza attiva e/o assistenza domiciliare e segnalare il caso al D.P.M. della ASP
- ❑ Effettuare la valutazione clinica telefonica (compilazione scheda All. 1) e gestire l'evoluzione
- ❑ Effettuare l'eventuale valutazione domiciliare

7.3.4 – Soggetto positivo al tampone e al momento asintomatico

Di norma gli asintomatici non devono fare tampone. Tuttavia la Direttiva Regionale contempla anche questa evenienza. In questi casi i MMG (o PLS o MCA) devono:

- ❑ Attivare la quarantena domiciliare con sorveglianza attiva per 14 giorni
- ❑ Effettuare il triage telefonico per valutare la presenza dei criteri di caso sospetto (scheda dell'All. 1)
- ❑ Nel caso in cui le condizioni cliniche peggiorino e necessitino di ricovero, attivare il 118 (vedi 7.3.1)

7.3.5 – Caso sospetto che accede direttamente al Pronto Soccorso

Nei casi in cui il paziente si presenta spontaneamente al P.S. e ha i due requisiti del caso sospetto, quello epidemiologico (provenienza da area a rischio o “contatto stretto”) e quello clinico (sintomi da sindrome respiratoria acuta), si possono presentare tre evenienze:

- ❑ Se il paziente necessita di cure particolari e nel Presidio Ospedaliero c'è il reparto di Malattie Infettive, l'operatore del pre-triage attiva le procedure del ricovero interno
- ❑ Se il paziente necessita di cure particolari e nel Presidio non c'è il reparto di Malattie Infettive, l'operatore del pre-triage attiva le procedure del trasferimento presso l'Ospedale più vicino dotato di Malattie Infettive con posti letto disponibili in camerette a pressione negativa (vedi allegato 2 della Direttiva Regionale), utilizzando “*ambulanze proprie dell'Azienda e/o attivando la centrale del 118*”.
- ❑ Se il paziente non necessita di particolari cure, l'operatore del pre-triage, dopo aver eseguito il tampone, rimanderà il paziente al proprio domicilio, informando il MMG o PLS e il D.P.M. (Dipartimento di Prevenzione Medico) per attivare l'isolamento e la prevista sorveglianza.

7.3.6 – Contatti con Casi Accertati

Nei casi in cui il soggetto è venuto a stretto contatto con casi accertati di malattia da coronavirus, da meno di 14 giorni, il MMG o PLS procede come segue:

- ❑ Nei casi sospetti in cui il paziente è asintomatico o la situazione clinica non necessita di ricovero ospedaliero, il paziente sarà gestito al domicilio dal proprio MMG o PLS, notiziando il D.P.M.
- ❑ Nel caso in cui il quadro clinico dovesse peggiorare e si rende necessario il ricovero il MMG o PLS attiverà il Servizio 118 e si procederà come sopra (vedi 7.3.1)

Tutti i casi non rientranti tra quelli sopra individuati, (ad esempio pazienti provenienti da una Regione a Rischio con sintomi insorti dopo 14 gg dalla partenza dalle aree a rischio, e con febbre e interessamento polmonare non grave) rappresentano “Non Casi”.

I Direttori dei Distretti di Lentini, Augusta, Siracusa e Noto, collaborati dal Resp.le della UOS ASB della UOC Cure Primarie, cureranno l'informativa ai MMG, PLS, MCA degli ambiti territoriali di rispettiva competenza ed il regolare adempimento di quanto previsto ai punti 7.3.1, 7.3.2, 7.3.3, 7.3.4, 7.3.6.

I Direttori dei Presidi Ospedalieri di Lentini, Augusta, Siracusa e Avola-Noto, ciascuno per le proprie competenze, cureranno gli adempimenti di cui al punto 7.3.5.

7.4 – Indicazioni Operative Specifiche

La Direttiva Regionale fornisce anche precise indicazioni operative su alcuni aspetti specifici della gestione dei casi, con particolare riferimento alla gestione intra-ospedaliera. Eccoli, qui di seguito.

7.4.1 – Trasferimento di casi

Tutti i trasferimenti di casi sospetti devono avvenire con ambulanze dedicate (dotate di una divisione tra vano autista e vano paziente), che saranno decontaminate subito dopo il trasporto. Il personale sanitario dovrà indossare adeguati DPI (mascherine FFP2, occhiali, tute, doppi guanti), mentre il paziente dovrà indossare una mascherina chirurgica durante il trasporto.

Per un maggior dettaglio si rimanda alla nota n. 1692 del 26.02.2020 emanata dal SEUS-Sicilia recante “*Direttive in merito all’utilizzo dei Dispositivi Individuali e alla sanificazione dell’ambulanza*”.

La responsabilità di questo servizio viene affidata al Resp.le della UOSD 118-PTE, che, in collaborazione con il Direttore della UOC Aff. Gen. (Facility), si occuperà della gestione dell’ambulanza dedicata (compreso le procedure di sanificazione), mentre la responsabilità del personale sanitario che salirà in ambulanza viene affidata ai Direttori Medici dei PP.OO dai quali sarà effettuato il trasporto.

7.4.2 – Accesso ai Pronto Soccorso e istituzione di Pre-Triage

In caso di accesso diretto al Pronto Soccorso la Direttiva Regionale prevede le seguenti indicazioni:

- ❑ Un “*percorso immediato*” e “*un’area dedicata per il triage*” per evitare il contatto con altri pazienti
- ❑ Fornire di mascherina chirurgica i soggetti con sindromi respiratorie che accedono al pronto soccorso
- ❑ In caso di necessità di ricovero il paziente con mascherina va trasportato subito in malattie infettive
- ❑ L’operatore deve indossare DPI e poi deve attuare le misure di disinfezione e smaltimento rifiuti

La responsabilità della corretta esecuzione delle indicazioni impartite in questo paragrafo (7.4.2) viene affidata ai Direttori Medici dei Presidi Ospedalieri dell’Azienda, di concerto con i Direttori dei Pronto Soccorso, ciascuno per la sua parte di competenza

7.4.3 – Gestione dei casi nelle strutture sanitarie

Le strutture sanitarie sono tenute al rispetto delle precauzioni standard già individuate dalla Circolare Ministeriale 5443 (ia aerea, droplets e da contatto). Sulla gestione dei casi nelle strutture sanitarie la Direttiva Regionale dà le seguenti indicazioni:

- a) I casi confermati di COVID-19 vanno ospedalizzati ove possibile in stanze d’isolamento a pressione negativa, con bagno dedicato e, possibilmente, anticamera
- b) Le stanze di degenza devono essere tenute disponibili, anche trasferendo pazienti non infettanti che è possibile assistere in altri reparti (ad esempio Medicina o Pneumologia)
- c) Qualora non si disponesse di camerette a pressione negativa disponibili il paziente COVID-19 va comunque ospedalizzato in una cameretta singola con bagno dedicato e trasferito appena possibile in una struttura con idonei livelli di sicurezza
- d) Tutte le procedure che generano aerosol vanno effettuate in stanza di isolamento a pressione negativa
- e) Il personale addetto deve indossare DPI adeguati: filtranti respiratori FFP2 (e per le procedure che generano aerosol FFP3), protezione facciale, camice impermeabile a maniche lunghe, guanti.
- f) Assicurare la formazione del personale sulle corrette modalità per indossare e rimuovere i DPI
- g) Assicurare le disponibilità di DPI prioritariamente ai reparti dove si trattano pazienti COVID-19
- h) Non consentire visite al paziente con COVID-19
- i) Tutte le persone che entrano in contatto con casi confermati di COVID-19, oltre a indossare i DPI, devono essere registrate e monitorate per l’eventuale comparsa di sintomi nei 14 giorni successivi
- j) I casi confermati di COVID-19 devono rimanere in isolamento fino alla guarigione clinica, supportata da assenza di sintomi e tampone naso-faringeo ripetuto due volte a distanza di 24 ore, con esito negativo (vedi parere del CSS su “definizione di paziente guarito”, di cui alla Circ. Min. n. 6607 del 9.02.2020)
- k) Per la gestione intra-ospedaliera dei pazienti che non necessitano di misure rianimatorie si rimanda alle procedure riportate nell’allegato 3 della Direttiva Regionale

- l) Per la gestione intra-ospedaliera dei pazienti CRITICI che necessitano di misure rianimatorie si rimanda alle procedure riportate negli allegati 4 e 5 della Direttiva Regionale
- m) Per i pazienti particolarmente complicati la Regione ha individuato le Terapie Intensive dei DEA di II livello di ARNAS Civico Palermo, Azienda Policlinico di Catania e Azienda Policlinico di Messina
- n) Per i casi con particolare compromissione respiratoria, che necessitano di ECMO (Extra Corporeal Membrane Oxygenation) la Regione ha individuato l'ISMETT di Palermo e il Policlinico di Catania

La responsabilità della corretta esecuzione delle indicazioni impartite in questo paragrafo (7.4.3) viene affidata ai Direttori Medici dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda, di concerto con il Direttore della UOC di Malattie Infettive, i Direttori del Pronto Soccorso e i Direttori delle Terapie Intensive, ciascuno per la sua parte di competenza

7.4.5 - Segnalazione del caso

Così come avviene per il Territorio (coi MMG, PLS, MCA), anche per l'area ospedaliera è fatto obbligo di trasmettere i dati al Dipartimento di Prevenzione, che a sua volta curerà l'invio all'Assessorato secondo le modalità indicate dalla Direttiva Regionale.

7.4.6 – Diagnostica di Laboratorio

La Regione dà precise indicazioni anche sui Laboratori che dovranno fare gli esami dei tamponi e sugli obblighi informativi. Per quanto attiene la ASP di Siracusa il centro di riferimento è il Laboratorio dell'Azienda Policlinico di Catania.

7.4.7 – Raccolta e conservazione di campioni biologici da pazienti sintomatici

La Direttiva Regionale dà precise indicazioni anche sulle modalità del prelievo dei campioni biologici con tampone (preferibilmente dalle basse e in subordine dalle alte vie respiratorie).

Per quanto riguarda la corretta applicazione delle indicazioni si affida la responsabilità al Direttore della UOC di Malattie Infettive (che si raccorderà col Direttore del Laboratorio e con i Direttori di PP.OO.), e che curerà anche la formazione del personale che dovrà eseguire correttamente i tamponi.

7.4.8 - Modalità di spedizione dei campioni biologici

La Direttiva Regionale dà precise indicazioni anche sulle modalità di confezionamento e spedizione dei prelievi dei campioni biologici con tampone.

Per quanto riguarda la corretta applicazione delle indicazioni si affida la responsabilità al Direttore della UOC di Malattie Infettive (che si raccorderà col Direttore del Laboratorio e con i Direttori di PP.OO.), e che curerà anche la formazione del personale che dovrà eseguire correttamente le modalità di cui sopra.

7.4.9 – Formazione del Personale

La Direttiva Regionale prevede anche una adeguata formazione del personale che dovrà utilizzare i DPI.

Si affida questo compito al Resp.le della UOS Formazione Aziendale che, coadiuvata dai Direttori di PP.OO. e dei Distretti, acquisirà gli elenchi del personale individuato e organizzerà la formazione.

8 – DPCM (DECRETO PRESIDENZA CONSIGLIO MINISTRI) del 01.03.2020

Con DPCM del 1° marzo 2020, il Governo Nazionale ha emanato ulteriori norme in tema di controllo della diffusione della epidemia di COVID-19. Più in particolare ha riclassificato le aree a rischio in tre raggruppamenti elencati negli allegati 1, 2 e 3.

- ❑ L'allegato 1 riporta gli 11 comuni del focolaio iniziale (già definiti zona rossa).
- ❑ L'allegato 2, Lombardia, Emilia Romagna e Veneto e le province di Savona e di Pesaro-Urbino.
- ❑ L'Allegato 3, le province di Lodi, Bergamo, Cremona e Piacenza

Quindi nell'art. 1 detta norme riguardanti i comuni dell'allegato 1, e nell'art. 2 detta norme riguardanti le regioni e le province degli allegati 2 e 3 (ricandidabili al precedente concetto di aree gialle).

Le misure che riguardano il resto del Paese (e dunque la nostra Regione) sono elencate soprattutto nell'articolo 3 (“*Misure di informazione e prevenzione sull'intero territorio nazionale*”). Nell'articolo vengono riassunte in modo più organico tutte le indicazioni già fornite dalle passate direttive nazionali (vedi paragrafi 3.1, 3.2 e 4), con particolare riferimento alle misure di isolamento domiciliare per i pazienti asintomatici provenienti dai comuni dell'allegato 1 (ex area rossa), che coinvolgono soprattutto il DPM delle ASP e i MMG/PLS. Per un maggior dettaglio si rimanda all'art. 3 del suddetto DPCM.

Allo stesso art. 3, punto 7, infine, viene fatto obbligo di applicare in tutto il territorio nazionale le misure di prevenzione di cui all'allegato 4, che sono le seguenti:

- ❑ Raccomandare di lavarsi le mani e mettere a disposizione nei luoghi pubblici soluzioni per il lavaggio
- ❑ Evitare contatto ravvicinato con persone che soffrono di infezioni respiratorie acute
- ❑ Non toccarsi occhi, naso e bocca con le mani
- ❑ Coprirsi bocca e naso se si starnutisce o tossisce
- ❑ Non prendere farmaci antivirali e antibiotici, a meno che siano prescritti dal medico
- ❑ Pulire le superfici con disinfettanti a base di cloro e alcon
- ❑ Usare la mascherina solo se si sospetta di essere malato o si assiste a persone malate

A tal fine, il Resp.le della UOS Comunicazione-URP e il Resp.le della UOS Educazione alla Salute sono invitate a ricordarsi e ad attivare tutte le misure necessarie a diffondere le suddette raccomandazioni.

9 – MISURE INTRAPRESE O CHE SARANNO INTRAPRESE DALLA ASP

L'Azienda a tal proposito ha avviato le seguenti azioni:

9.1 – Istituzione della Unità di Crisi

In data 24 febbraio è stata istituita presso la Direzione Sanitaria l'Unità di Crisi dell'ASP, così composta:

- ❑ Direttore Sanitario Aziendale dr. Anselmo Madeddu (coordinatore)
- ❑ Direttore del Dipartimento di Prevenzione dr.ssa Maria Lia Contrino (vice-coordinatore)
- ❑ Direttore ff del Dipartimento di Emergenza dr. Salvo Italia
- ❑ Direttore del Dipartimento dei Servizi Ospedalieri dr. Rosario Di Lorenzo
- ❑ Direttore Medico del P.O. Umberto I dr. Giuseppe D'Aquila
- ❑ Direttore del Dipartimento della Ospedalità e del Farmaco, dr. Franco Ingala
- ❑ Direttore ff UOC Malattie Infettive dr.ssa Antonella Franco
- ❑ Direttore ff UOC Pronto Soccorso di Siracusa dr. Carlo Candiano
- ❑ Direttore ff UOC Anestesia e Rianimazione del P.O. di Avola dr. Gioacchino Di Stefano
- ❑ Resp.le UOS ASB presso UOC Cure Primarie dr. Pino Bruno
- ❑ Resp.le UOSD Pte-118 dr.ssa Gioacchina Caruso
- ❑ Segretario Prov.le FIMG dr. Giovanni Barone
- ❑ Segretario Prov.le FIMP dr. Salvo Patania.

Il Supporto tecnico alla Unità di Crisi è assicurato dal seguente staff (che ne integra la composizione):

- ❑ Staff Medico: Dr. Antonio La Ferla, dr.ssa Maria Romano e Dr. Paolo Bordonaro
- ❑ Staff Infermieristico: dr.ssa Donatella Capizzello e dr. Sebastiano Zappulla

La U.d.C., a seconda delle necessità, potrà essere integrata di volta in volta con le seguenti professionalità:

- ❑ Direttori delle UOC Pronto Soccorso di Lentini, Augusta e Avola-Noto
- ❑ Direttore delle UOC di Terapia Intensiva di Lentini e Siracusa
- ❑ Direttore delle UOC di Farmacia Ospedaliera e Farmacia Territoriale
- ❑ Direttore del Dipartimento Amm.vo
- ❑ Direttori delle UOC Amministrative: G.R.U., Tecnico, Provveditorato, Affari Generali

In una prima fase iniziale, e fino a nuova comunicazione, si ritiene, comunque, di coinvolgere nella riunioni della Unità di Crisi anche tutti gli altri Direttori delle UOC di Pronto Soccorso e Terapia Intensiva. Al bisogno, l'Unità di Crisi potrà essere integrata in seguito, e di volta in volta, anche con altre professionalità.

9.2 – Procedure operative

E' stata curata l'organizzazione e la diffusione delle procedure provvisorie col coinvolgimento di tutti gli attori interessati. Per quanto riguarda i contenuti delle suddette procedure si rimanda alle direttive ministeriali e generali, già illustrate sinteticamente nei paragrafi precedenti, con la puntuale indicazione dei dirigenti ai quali ne viene affidata la responsabilità (vedi le parti sottolineate).

Si incarica il Dr. Ingala di coordinare un gruppo di lavoro per la stesura definitiva delle "Procedure Aziendali per l'Emergenza Coronavirus", prendendo spunto dal presente lavoro.

9.3 – Attivazione del Numero Verde

Presso il Dipartimento di Prevenzione è stato attivato il numero verde aziendale 0931 – 484980, con quattro operatori sanitari, per fornire ogni utile chiarimento.

Si incarica il Direttore del Dipartimento di Prevenzione di curare la formazione e l'informazione del personale adibito al suddetto numero telefonico, con particolare riferimento alle procedure e all'organizzazione illustrata nel presente documento in linea con le direttive nazionali e regionali.

9.4 – Approvvigionamento dei DPI

E' stata effettuata una ricognizione dei DPI in giacenza presso i vari Presidi dell'Azienda, e sono stati forniti prioritariamente le Ambulanze del 118, i Pronto Soccorsi, le Rianimazioni e le Malattie infettive. Non avendo trovato ditte fornitrici disponibili sul mercato, è stata fatta una rilevazione dei bisogni (comprensiva anche per i DPI per MMG-PLS e Guardie Mediche) ed è stata avanzata formale richiesta alla Protezione Civile che si sta occupando dell'approvvigionamento dei DPI.

Si incarica il Direttore della UOC Provveditorato e i Direttori delle UOC delle Farmacie Ospedaliere e Territoriali di curare il tempestivo e corretto approvvigionamento, raccordandosi coi Direttori di PP.OO. e coi Direttori di Distretto.

9.5 – Realizzazione di PMA per il Pre-Triage davanti ai Pronto Soccorsi

Considerato che la gestione del triage dei potenziali pazienti di COVID-19 presso il Pronto Soccorso, nonostante le misure indicate nella circolare, potrebbe comunque esporre il personale sanitario e gli altri utenti del Pronto Soccorso al rischio di contagio, la ASP di Siracusa attiverà un pre-triage (con orari di apertura almeno 8-20, di maggior afflusso) dedicato ai soli pazienti con sintomatologia respiratoria simil-influenzale, installando delle tende PMA (Presidi Medici Avanzati) all'esterno dei presidi ospedalieri, dinanzi ai pronto soccorsi. In tal modo i pazienti con patologie simil influenzali saranno indirizzati al pre-triage esterno, dove troveranno personale sanitario già protetto con DPI che effettuerà la valutazione, l'eventuale tampone (se indicato e comunque solo ai sintomatici) e il ricovero in Malattie Infettive o la dimissione al domicilio con le relative prescrizioni se previste, mentre tutti gli altri pazienti con altre patologie saranno indirizzati regolarmente al Pronto Soccorso, secondo le indicazioni già illustrate nel paragrafo 7.4.2.

Allo stato attuale è stato già installato, in collaborazione con la Croce Rossa, un PMA (Presidio Medicalizzato Avanzato) per garantire una funzione di "Pre-Triage" per i soli pazienti con sindromi respiratorie acute presso il Pronto Soccorso dell'Umberto I. Si sta procedendo ad effettuare un avviso interno per reclutare il personale da adibirvi. Contestualmente sono state richieste alla Protezione Civile altre tende (MPA) per i rimanenti Pronto Soccorso degli altri Ospedali.

Si incarica il Direttore della UOC G.R.U. di curare tempestivamente l'avviso per reclutare il personale infermieristico da adibire, in regime incentivante ai Pre-Triage, raccordandosi coi Direttori di PP.OO.

Si incarica la Dr.ssa Capizzello e il Dr. Zappulla, di concerto col Direttore della UOC di Malattie Infettive e con i Direttori delle UOC Pronto Soccorso, a elaborare ed attivare la Scheda di Pre-Triage per il personale infermieristico (secondo lo schema allegato alla presente) e di curarne la formazione.

Si incaricano i Direttori dei PP.OO. di Siracusa (e ad interim di Lentini) dr. D'Aquila, e dei PP.OO. di Avola-Noto (e ad interim di Augusta) dr. Di Lorenzo di curare l'intera messa a regime dei PMA da adibire a Pre-Triage, di concerto con i Direttori delle UOC Pronto Soccorso.

9.6 – Opportunità di far indossare mascherine chirurgiche ai pazienti del Pronto Soccorso

Come è noto, le mascherine (anche quelle chirurgiche) sono più utili se indossate dai pazienti infettanti, mentre nei soggetti a contatto con pazienti infettanti sono necessarie mascherine con particolari filtri (FFP2 e 3). A tal proposito, recepito il parere della Unità di Crisi, si ritiene utile far indossare, ove possibile, delle mascherine chirurgiche a tutti i pazienti (o parenti) che giungano al Pronto Soccorso. Ciò perché, in un potenziale ma non ancora identificato paziente infettante, le mascherine (anche quelle chirurgiche) sono utili ad impedire che le goccioline di flugge generate con la fonazione (oltre che con tosse e starnuti) possano propagarsi nell'ambiente. Resta fermo, invece, che gli operatori sanitari che dovessero entrare in contatto con pazienti infettanti dovranno indossare i DPI previsti dalle direttive ministeriali e regionali. Non appare, infine, irrilevante la considerazione che, dalle esperienze già condotte altrove, l'uso delle mascherine ha indotto effetti psicologici tradottisi spesso in un decongestionamento dei Pronto Soccorsi, con calo dei codici bianchi ed in generale degli accessi inappropriati, e con un indubbio beneficio riguardo al contrasto alla diffusività del virus, che trova nel sovraffollamento uno dei suoi maggiori fattori favorenti.

A tal fine i Direttori delle UOC di Pronto Soccorso, di concerto con i Direttori di PP.OO. si occuperanno di curare l'adempimento della suddetta misura preventiva

9.7 – Misure analoghe da far adottare in Studi di MMG/PLS, Guardie Mediche e PTE

Si sta valutando l'opportunità di far adottare misure analoghe presso gli studi di MMG e PLS, presso le Guardie Mediche e i PTE, in considerazione del fatto che, nonostante la promozione del triage telefonico, diversi pazienti, così come per il Pronto Soccorso, potrebbero recarsi direttamente nei suddetti ambulatori territoriali. In particolare, potrebbe essere utile far indossare le mascherine ed effettuare un pre-triage con misurazione istantanea della temperatura ai pazienti che si recano negli studi medici, e in caso di sospetto effettuare un isolamento in un ambiente dedicato, in attesa delle misure da adottare. Questa tipologia di ambienti, tuttavia, presenta una maggiore complessità organizzativa rispetto ai Pronto Soccorsi, dove possono realizzarsi i Pre-Triage esterni. Pertanto si stanno valutando le migliori opportunità possibili.

I Direttori dei Distretti, il Resp.le della UOS ASB della UOC Cure Primarie e il Resp.le della UOSD 118-PTE valuteranno la fattibilità di quanto ipotizzato e, qualora possibile, ne cureranno gli adempimenti.

9.8 – Gestione del paziente sul Territorio (MMG, PLS, MCA)

Per quanto riguarda la gestione dei casi sospetti sul Territorio, ovvero la gestione per il tramite di MMG, PLS e MCA, si rimanda a quanto già disposto dalla Direttiva Regionale Prot./Serv.4/ n. 7625 del 28.02.2020 (vedi paragrafo 7.3).

I Direttori dei Distretti di Lentini, Augusta, Siracusa e Noto, collaborati dal Resp.le della UOS ASB della UOC Cure Primarie, cureranno l'informativa ai MMG, PLS, MCA degli ambiti territoriali di rispettiva competenza ed il regolare adempimento di quanto previsto.

9.9 – Effettuazione del test diagnostico del “tampone” e gestione del paziente al Pre-Triage e al P.O.

Per quanto attiene alla esecuzione dei test diagnostici con “tampone”, richiamando quanto già illustrato nel paragrafo 5.1 (“Caso sospetto di COVID-19 che richiede esecuzione del test diagnostico”), possono verificarsi quattro circostanze.

- a) **Paziente direttamente in Malattie Infettive:** Nei casi in cui le condizioni cliniche del paziente sono tali da aver richiesto il ricovero tramite 118 direttamente presso il reparto di Malattie Infettive dell'Umberto I (ad esempio da parte del MMG), il tampone sarà eseguito nella stessa struttura da personale adeguatamente formato e protetto secondo le direttive ministeriali e regionali.
- b) **Paziente al Pronto Soccorso / Pre-Triage, che non necessita ricovero:** Nei casi in cui il paziente bypassi tutti i filtri e si rechi spontaneamente al Pronto Soccorso, e le sue condizioni non richiedano il ricovero in Malattie Infettive, laddove è stato installato un Pre-Triage, se ci sono i requisiti previsti, il tampone sarà effettuato presso il PMA Pre-Triage. Se il PMA non è attivo, il tampone sarà effettuato nella cameretta di isolamento del Pronto Soccorso da personale adeguatamente formato e protetto secondo le direttive ministeriali e regionali. Al termine, se il paziente non necessita del ricovero, va

fornito di mascherina e va rimandato a casa in isolamento domiciliare per 14 giorni, avvertendo il suo MMG/PLS, che lo prenderà in carico (vedi paragrafo 2.2.2), nonché il DPM per il necessario monitoraggio per tutto il periodo della quarantena domiciliare. Se nei giorni di osservazione il paziente dovesse aggravarsi, scattano le normali procedure già illustrate nel paragrafo 2.2.1 (direttive per MMG).

- c) **Paziente al Pronto Soccorso / Pre-Triage, che necessita ricovero (e Ambulanza dedicata):** Nei casi in cui il paziente bypassi tutti i filtri e si rechi spontaneamente al Pronto Soccorso, e le sue condizioni richiedano, invece, il ricovero in Malattie Infettive, ferma restando l'organizzazione del Pr. Socc. (Pre-Triage o Camera dedicata per isolamento, con personale protetto), il trasferimento interno alle Malattie Infettive sarà effettuato con l'ambulanza dedicata allestita dalla UOC Facility e dal personale del P.O. (ove insiste il Pr. Soccorso), opportunamente formato e protetto, a cura della Direzione Medica di P.O.
- d) **Paziente al Domicilio:** Vi sono casi, infine, in cui il paziente è assistito al domicilio, in quanto sussistono le condizioni di cui al paragrafo 2.2.2. Si tratta, in altri termini, di quei casi in cui il paziente non è andato al Pr. Soccorso, ha chiamato il suo MMG e questi, dopo il triage telefonico, in base alle condizioni cliniche, non ha ritenuto di chiamare il 118 e ha optato per l'isolamento domiciliare con presa in carico e sorveglianza attiva. In questi casi il MMG, qualora sussistessero i criteri già illustrati al paragrafo 5.1 ("*Caso sospetto di COVID-19 che richiede esecuzione del test diagnostico*"), segnala la necessità dell'esecuzione del test diagnostico domiciliare alla UOC di Malattie Infettive. Quest'ultima, in collaborazione col Dipartimento di Prevenzione per gli aspetti epidemiologici, valuterà la fondatezza della richiesta, ovvero la sussistenza dei requisiti previsti al paragrafo 5.1, e, se sussistono, disporrà l'esecuzione del tampone a domicilio.

Per quanto riguarda il punto a) si dà mandato al Direttore della UOC Malattie Infettive di curare il regolare adempimento di quanto disposto seguendo le indicazioni di cui alla Direttiva Regionale Prot./Serv.4/ n. 7625 del 28.02.2020 (vedi paragrafo 7.4.3).

Per quanto riguarda il punto b) si dà mandato ai Direttori delle UOC Pronto Soccorso, di concerto coi Direttori Medici di PP.OO. di curare il regolare adempimento di quanto disposto seguendo le indicazioni di cui alla Direttiva Regionale Prot./Serv.4/ n. 7625 del 28.02.2020 (vedi paragrafi 7.3.5 e 7.4.2).

Per quanto riguarda il punto c) si dà mandato ai Direttori delle UOC Pronto Soccorso, di concerto coi Direttori Medici di PP.OO., col Direttore della UOC Malattie Infettive, col Direttore della UOC Affari Generali (Facility) e col Resp.le UOSD 118-PTE, ciascuno per la sua competenza, di curare il regolare adempimento di quanto disposto, seguendo le indicazioni di cui alla Direttiva Regionale Prot./Serv.4/ n. 7625 del 28.02.2020 (vedi paragrafo 7.4.1 per i "Trasferimenti" e 7.4.2).

Per quanto riguarda il punto d) si dà mandato al Direttore del Dipartimento di Prevenzione e al Direttore della UOC Malattie Infettive di effettuare le valutazioni e di costituire congiuntamente una equipe dedicata, con personale adeguatamente formato e protetto, per l'effettuazione dei tamponi domiciliari, qualora appropriati, seguendo le indicazioni di cui alla Direttiva Regionale Prot./Serv.4/ n. 7625 del 28.02.2020 (vedi paragrafo 7.3.2). In esito al risultato del tampone, il Direttore del Dipartimento di Prevenzione e quello della UOC Malattie Infettive, congiuntamente col MMG che ne ha la presa in carico, rivaluteranno il quadro clinico-epidemiologico per avviare le eventuali successive procedure, se necessarie, così come indicato dalle direttive ministeriali e regionali.

Per quanto riguarda, infine, l'approvvigionamento dei tamponi, si dà mandato al Direttore della UOC Farmacia Ospedaliera, di concerto con il Direttore della UOC Malattie Infettive.

9.10 – Gestione del paziente critico

Per quanto riguarda la gestione intra-ospedaliera dei pazienti che non necessitano di misure rianimatorie si rimanda alle procedure riportate nell'allegato 3 della Direttiva Regionale Prot./Serv.4/ n. 7625 del 28.02.2020 (vedi in generale paragrafo 7.4.3, ed in particolare il punto "k").

Per quanto riguarda la gestione intra-ospedaliera dei pazienti critici che necessitano di misure rianimatorie si rimanda alle procedure riportate negli allegati 4 e 5 della Direttiva Regionale Prot./Serv.4/ n. 7625 del 28.02.2020 (vedi paragrafo 7.4.3, punto "l").

Per quanto riguarda la gestione dei pazienti particolarmente complicati, gli stessi potranno essere trasferiti presso le Terapie Intensive dei DEA di II livello di ARNAS Civico Palermo, Azienda Policlinico di Catania e Azienda Policlinico di Messina, così come individuati dalla Regione (vedi paragrafo 7.4.3, punto "m")

Per quanto riguarda i casi con particolare compromissione respiratoria, che necessitano di ECMO (Extra Corporeal Membrane Oxygenation) la Regione ha individuato l'ISMETT di Palermo e il Policlinico di Catania (vedi paragrafo 7.4.3, punto "n").

Qualora dovesse verificarsi un afflusso importante di pazienti COVID-19 critici, si valuterà l'opportunità di destinare eventualmente una delle tre Terapie Intensive dell'Azienda a questi pazienti.

Si dà mandato ai Direttori delle UOC di Terapia Intensiva della ASP, di concerto con i Direttori dei PP.OO. di assicurare il regolare adempimento di quanto previsto.

Si invitano, inoltre, i Direttori Medici di PP.OO. a raccordarsi con la UOC Tecnico, la UOC Provveditorato, la UOC G.R.U. e la UOC Affari Generali, al fine di portare al massimo delle potenzialità le disponibilità di posti letto delle Terapie Intensive e quelli delle camerette di isolamento delle Malattie Infettive.

9.11 – Raccolta dei dati e Informazioni ai cittadini

La raccolta di tutti i dati da inviare alla Regione e al Ministero, così come richiesto dalle direttive regionali e ministeriali, sarà curata dal Dipartimento di Prevenzione, secondo le indicazioni impartite dalla Direttiva Regionale Prot./Serv.4/ n. 7625 del 28.02.2020 (vedi paragrafo 7.2 e 7.4.5).. I Direttori delle Strutture coinvolte nella trasmissione dei dati sono invitati a fornire la massima collaborazione al Direttore del DPM.

Il Dipartimento di Prevenzione, inoltre, di concerto con la UOS Comunicazione-URP e la UOS Educazione alla Salute, anche attraverso il proprio numero verde, curerà la diffusione di tutte le informative riguardanti l'adozione di corrette misure di igiene e di profilassi all'intera popolazione, promuovendo anche la predisposizione di soluzioni idroalcoliche per la pulizia delle mani nei locali pubblici dell'Azienda e tutto quanto previsto nell'allegato 4 del DPCM del 1° marzo 2020.

9.12 – Altre Indicazioni

Per tutto quanto non trattato nel presente paragrafo si rimanda a quanto già illustrato nei precedenti paragrafi riguardanti tutte le direttive nazionali e regionali fin qui impartite.

I Direttori delle UU.OO.CC. Amministrative sono invitati a fornire il massimo e tempestivo supporto ai Direttori delle UU.OO.CC. Sanitarie coinvolte in prima linea nella gestione dell'Emergenza Coronavirus.

I componenti della Unità di Crisi sono invitati a garantire la funzione di cabina di regia di tutta l'organizzazione sopra illustrata.

I Direttori Medici di PP.OO. e i Direttori di Distretto, per il Territorio, anche raccordandosi con l'Ufficio Stampa per l'eventuale utilizzo del sito aziendale, cureranno la massima diffusione di tutte le direttive regionali e nazionali, finora emanate, oltre che la presente direttiva aziendale.

Il DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE
Dr. Anselmo MAEDDU