

INDICAZIONI *AD INTERIM* PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELL'INFEZIONE DA SARS-COV-2

INDICE

1	Matrice delle versioni	3
2	Scopo e campo di applicazione	5
3	Destinatari	5
4	Contenuti	5
4.1	MISURE GENERALI DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELL'INFEZIONE.....	5
4.1.1	Precauzioni generali	5
4.2	TEST DIAGNOSTICO	8
4.2.1	Definizioni di caso e di contatto	8
4.2.2	Raccolta e invio campioni per test molecolare SARS CoV-2.....	9
4.2.3	Modalità di verifica e comunicazione dell'esito del tampone	11
4.3	MISURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELL'INFEZIONE.....	12
4.3.1	Dispositivi per la protezione degli operatori sanitari	12
4.3.2	Procedure e attività che generano aerosol	13
4.3.3	Procedura di vestizione	13
4.3.4	Procedura di svestizione	14
4.3.5	Igiene e sanificazione	15
	A. Ambiente.....	15
	B. Apparecchiature / strumenti.....	15
	C. Sanificazione aree ambulatoriali / servizi	16
4.4	ACCESSO ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	17
A.	Visita ambulatoriale programmata	18
B.	Visita ambulatoriale urgente	19
4.5	ACCESSO AL RICOVERO ORDINARIO (URGENTE O PROGRAMMATO)	20
A.	Accesso e dimissione del paziente.....	20
B.	Paziente degente sospetto/accertato COVID-19.....	21
C.	Paziente degente contatto di caso	21
D.	In attesa del risultato del tampone effettuato su paziente degente.....	22
E.	In presenza di tampone negativo effettuato su paziente degente	23
F.	In presenza di tampone positivo effettuato su paziente degente	23
G.	Negativizzazione.....	23
H.	Procedure per la gestione del paziente chirurgico nelle sale operatorie	24
I.	Procedure per la gestione del paziente chirurgico confermato / sospetto COVID-19.....	25
4.6	MISURE PER LA GESTIONE OPERATORI SANITARI.....	27
4.6.1	Operatori sanitari esposti	27
4.6.2	Sorveglianza per screening	28
4.7	MISURE DI ISOLAMENTO FIDUCIARIO A DOMICILIO.....	29
4.7.1	Misure di prevenzione da adottare in isolamento domiciliare	29
4.7.2	Misure raccomandate agli operatori nell'assistenza alla persona in isolamento	30
4.8	MISURE PER LA GESTIONE DELLA SALMA	31
4.8.1	Presso i Presidi Ospedalieri.....	31
A.	Decesso di paziente ricoverato o in carico al PS	31
B.	Documentazione e certificazioni.....	33
C.	Compilazione della Scheda ISTAT	33
D.	Gestione della salma in obitorio	34
4.8.2	Presso il territorio	34
4.8.3	Riscontro diagnostico.....	36
4.8.4	Procedura di sanificazione	36
4.9	STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI	37
4.10	INDICAZIONI PER ASPETTI SPECIFICI	38
4.10.1	Misure per Front office	38
4.10.2	Accesso personale esterno	39
4.10.3	Accesso visitatori	44
4.10.4	Servizi di culto e funzioni religiose.....	45
4.10.5	Gestione aule e sale / locali in occasione di riunioni con personale interno all'Azienda	46
A.	Organizzazione degli spazi	46
B.	Regole di comportamento	46
C.	Dotazione minima per ogni evento.....	46
D.	Formazione Sul Campo (FSC).....	47
4.10.6	Utilizzo automezzi aziendali	48
4.10.7	Sanificazione mezzi trasporto sanitario	49
4.10.8	Impianti di ventilazione - climatizzazione	49
4.10.9	Contatti aziendali	52
5	Responsabilità	53
6	Terminologie e abbreviazioni	53
7	Riferimenti normativi e bibliografici.....	53
8	Documenti interni collegati	56
9	Allegati	56

1 Matrice delle versioni

Codifica	Versione	Data	Motivo della modifica
DS_PR_02	07	26/06/2020	Principali modifiche (evidenziate in verde nel testo): - Indicazioni per la gestione delle sale operatorie dedicate ai pazienti confermate / sospetti COVID-19. - Indicazioni per la ripresa dei servizi di culto e delle funzioni religiose. - Indicazioni per la gestione dei tamponi ai pazienti candidati a ricovero in Day Hospital chirurgico e ai genitori dei bambini ricoverati. - Precisazione sull'utilizzo della mascherina chirurgica in ambito aziendale. - Riferimento al link per la visione del "Tutorial raccolta di campioni per test molecolare Sars-Cov-2". - Precisazioni sullo screening per gli operatori aziendali. - Inserimento allegato 07: registro accessi. - Indicazioni per l'accesso di studenti e tirocinanti. - Indicazioni per l'accesso dei visitatori alle strutture di degenza. - Indicazioni per l'accesso dei pazienti alle prestazioni ambulatoriali e relativo impiego della scheda di screening clinico-anamnestica (Pre-Triage e Triage Vis a Vis). - Precisazioni sulla sanificazione dei mezzi aziendali. - Indicazioni per la ripresa della Formazione Sul Campo. - Indicazioni su impianti di ventilazione – climatizzazione. - Aggiornamento dell'allegato 01. - Inserimento degli allegato n.07 (registro accesso) e n.08 (schede di screening). - Aggiornamento della bibliografia.
DS_PR_02	06	22/05/2020	Principali modifiche: - Aggiornamenti al paragrafo iniziale sulle misure generali di prevenzione e controllo dell'infezione (uso guanti, uso mascherina, accesso ai "varchi"). - Accesso del paziente alle prestazioni ambulatoriali e al ricovero. - Sanificazione ambulatori / servizi - Gestione aule e sale/locali per riunioni. - Utilizzo auto aziendali. - Accesso personale esterno. - Aggiornamento dell'Allegato 01 con inserimento della sezione per procedure odontostomatologiche, assistenza a domicilio dei pazienti tracheoventilati, sale operatorie COVID, rifiuti a domicilio.
DS_PR_02	05	27/04/2020	Principali modifiche: - Aggiornamento del capitolo "Front Office". - Eliminazione dei paragrafi della precedente versione su "Misure specifiche in caso di pazienti con sintomi respiratori e in caso di pazienti con sintomi respiratori non sospetti di infezione da SARS-CoV-2" - Aggiornamento del capitolo sui test diagnostici con inserimento della modalità di effettuazione del tampone orofaringeo. - Inserimento misure per paziente contatto di caso. - Inserimento del paragrafo sulla gestione del paziente chirurgico. - Aggiornamento del capitolo sulle "Residenze sanitarie per anziani" a seguito dell'emissione del documento da parte della DCS (06.04.2020). - Aggiornamento del capitolo "Decesso e gestione della salma" a seguito della Ordinanza del presidente della Regione FVG n.1/2020 e delle nuove indicazioni per la compilazione della scheda ISTAT. - Aggiornamento dell'Allegato 01 con inserimento della sezione Sale Operatorie e Interventistiche. - Revisione dell'indice e riorganizzazione dei contenuti nei capitoli "Misure generali di prevenzione e controllo dell'infezione" e "Misure specifiche di prevenzione e controllo dell'infezione" con inserimento di immagini.

DS_PR_02	04	03/04/2020	Principali modifiche: - Aggiornamento del paragrafo 4.2.3.1 e dell'allegato 01 a seguito della revisione del 2° Rapporto ISS sull'utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (28.03.2020). - Modifica capitolo 4.8 su "Gestione operatori sanitari" e inserimento dell'allegato 06. - Separazione degli allegati dal testo della procedura.
DS_PR_02	03	26/03/2020	Principali modifiche: - Integrazione sulle modalità di raccolta dei campioni. - Precisazioni sul cambio turno del personale in attesa dell'esito del tampone. - Precisazioni per il personale di front-office in ambito non schermato. - Aggiornamento del paragrafo sulla gestione della salma del paziente ricoverato. - Integrazioni in allegato 01 sull'uso della mascherina chirurgica. - Inserimento contatti telefonici di riferimento. - Aggiunta di allegati n.04 e n.05.
DS_PR_02	02	19/03/2020	Principali modifiche: Aggiornamento a seguito della pubblicazione da parte dell'ISS: - Rapporto ISS COVID-19, n.1/ 2020; - Rapporto ISS COVID-19, n.2/ 2020; - Rapporto ISS COVID-19, n.4/ 2020. Inserimento paragrafo sulla sanificazione dei mezzi di trasporto dei pazienti sospetti o confermati COVID-19. Modifica paragrafo sulla raccolta e invio dei campioni e sulla comunicazione dei risultati (superamento della procedura DS_PR_01). Precisazioni sui comportamenti da tenere in reparto in attesa del risultato del tampone. Inserimento paragrafo su gestione di persone, utenti di strutture residenziali per anziani, con sospetta o accertata infezione COVID-19. Inserimento paragrafo su gestione della persona in isolamento fiduciario a domicilio. Inserimento paragrafo su gestione della salma di paziente sospetto/accertato COVID-19.
DS_PR_02	01	13/03/2020	Creazione del documento. Unificazione in procedura unica delle indicazioni messe a disposizione del personale in forma separata sino alla data odierna.

2 Scopo e campo di applicazione

Scopo di questa procedura è di fornire agli operatori indicazioni per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2.

Casi di esclusione dei contenuti: in ragione del contesto e della tipologia di pazienti ospitati, alcune delle misure descritte in questa procedura non riguardano la Struttura Clinica di Malattie Infettive (PO SMM), la Struttura Anestesia e Rianimazione 2 (PO SMM) e la SSD Eliambulanza Regionale – Postazione Emergenza Territoriale 118 (ex-ASUIUD) che dispongono, per questo, di indicazioni specifiche.

La presente procedura viene aggiornata nei contenuti operativi in base ad eventuali nuove indicazioni normative e/o evidenze scientifico - epidemiologiche, nonché in base a specifiche indicazioni di contesto locale.

3 Destinatari

I contenuti della presente procedura sono destinati a tutto il personale aziendale precisato nel campo di applicazione.

4 Contenuti

4.1 MISURE GENERALI DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELL'INFEZIONE

4.1.1 Precauzioni generali

Vengono di seguito descritte le misure generali di prevenzione e controllo dell'infezione da SARS-CoV-2.

Per le misure più specifiche e la gestione dei casi sospetti/accertati COVID-19 si rinvia ai contenuti dei capitoli successivi della presente procedura.

A TUTTI si raccomanda una stretta adesione alle PRECAUZIONI STANDARD, in particolare:

- **EFFETTUARE L'IGIENE DELLE MANI** con acqua e sapone per almeno 40-60 secondi (se le mani sono visibilmente sporche) o usando la soluzione idroalcolica per 20-30 secondi; si raccomanda di NON INDOSSARE monili, smalto o gel per unghie.
- **RISPETTARE L'IGIENE RESPIRATORIA**: tossire e starnutire all'interno della piega del gomito con il braccio piegato o all'interno di un fazzoletto, preferibilmente monouso, che poi deve essere immediatamente eliminato (e prontamente dopo effettuare l'igiene delle mani).
- **EVITARE** di usare i guanti quando non previsto dalle indicazioni di prevenzione e controllo delle infezioni: i guanti possono essere contaminati e l'igiene delle mani è più efficace.



- **INDOSSARE LA MASCHERINA CHIRURGICA** ed eseguire l'igiene delle mani dopo averla rimossa ed eliminata; la mascherina va indossata anche da parte dei pazienti ricoverati.
- **EVITARE** di toccare gli occhi, il naso e la bocca con le mani;
- **EVITARE CONTATTI RAVVICINATI** mantenendo la distanza di almeno un metro dalle altre persone, in particolare con quelle con sintomi respiratori.
- **NON FREQUENTARE** luoghi affollati ed evitare le uscite in presenza di sintomi (febbre, tosse, dispnea, diarrea, sincope, disgeusia, anosmia).
- **RISPETTARE** le regole di accesso alle strutture sanitarie; i visitatori autorizzati alle visite, vanno istruiti sul distanziamento fisico, sull'igiene delle mani e sull'impiego dei dispositivi di protezione (mascherina chirurgica). In ogni caso, la durata della visita deve contenersi entro un limite temporale breve, in base alla pianificazione definita dalla struttura ospitante, salvo situazioni particolari.
- **EVITARE DI TOCCARE LE SUPERFICI** nelle immediate vicinanze del paziente durante l'assistenza, al fine di prevenire sia la contaminazione delle mani pulite da parte delle superfici ambientali sia la trasmissione dei patogeni dalle mani contaminate alle superfici.
- **DISINFETTARE LE SUPERFICI** contaminate con prodotti a base di cloro attivo 0,1%-0,5% o alcool al 70% in base al contesto (salvo diverse indicazioni più specifiche riportate nelle sezioni di questa procedura) con particolare attenzione a tutte le superfici toccate di frequente.



ACCEDERE IN SICUREZZA ALLE STRUTTURE AZIENDALI

L'utente che accede alle strutture aziendali va intercettato presso gli ingressi principali (varchi). In tale occasione, vanno seguite le indicazioni seguenti:

Indicazione	Motivazione
Far rimuovere i guanti	- i guanti possono essere contaminati - l'uso dei guanti protegge se stessi, ma non gli altri e l'ambiente - l'igiene delle mani è più efficace dell'uso dei guanti - la soluzione alcolica per l'igiene delle mani è a disposizione in ogni zona della struttura
Invitare a fare l'igiene delle mani	- l'igiene delle mani deve essere fatta ogni volta che si tocca qualcosa per proteggere se stessi e gli altri (p.e. maniglie, passamano, tastiera dell'ascensore, carrozzina, carte, soldi ecc.)
Verificare lo stato della mascherina e farla sostituire se sporca, se di stoffa, se con filtro	- la struttura sanitaria è una zona protetta e si accede con presidi di protezione adeguati - la mascherina chirurgica è più appropriata in ambito ospedaliero - la mascherina di stoffa leggera non protegge adeguatamente se stessi e le altre persone - la mascherina con filtro protegge chi la indossa, ma non le altre persone
Invitare a mantenere la distanza di sicurezza (es. strisce)	- è necessario per tutelare se stessi e gli altri - è una norma indicata dalle disposizioni aziendali - serve a garantire la privacy
Invitare gli accompagnatori ad aspettare fuori della struttura se l'utente è autosufficiente	- è necessario per limitare l'afflusso di gente e gli assembramenti come da indicazioni aziendali - è necessario per garantire il distanziamento nelle sale di attesa - serve a proteggere se stessi e gli altri
Chiedere all'utente dove deve andare	- per valutare la necessità di accedere alla struttura (viste/esami urgenti, programmate e visite degenti) come da indicazioni aziendali per l'accesso - per dare indicazioni corrette per l'accesso ai servizi

(Fonte immagini: alcune immagini presenti nel testo sono state tratte da Centers for Disease Control and Prevention, in <https://www.cdc.gov>)

4.2 TEST DIAGNOSTICO

4.2.1 Definizioni di caso e di contatto

Fonte: Circolare del Ministero della Salute. N. 7922 del 09/03/2020. COVID-19. Aggiornamento della definizione di caso.

Caso sospetto

Per caso sospetto s'intende l'utente operatore con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno tra i seguenti segni e sintomi quali febbre, tosse e difficoltà respiratoria) che richiede o meno il ricovero ospedaliero

e

che soddisfi il criterio epidemiologico (contatto stretto di un caso confermato o probabile di COVID-19 nei 14 gg precedenti la comparsa dei segni e sintomi).

Caso probabile

Un caso sospetto il cui risultato del test per SARS-CoV-2 è dubbio o inconcludente utilizzando protocolli specifici di Real Time PCR per SARS-CoV-2 presso i Laboratori di Riferimento Regionali individuati o è positivo utilizzando un test pan-coronavirus.

Caso confermato

Un caso con una conferma di laboratorio effettuata presso il laboratorio di riferimento per infezione da SARS-CoV-2, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici.

Contatto stretto

Per contatto stretto s'intende:

A carico dell'utente

- un utente che vive all'interno del nucleo dove è presente un altro utente con tampone positivo al COVID-19;
- un utente che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (come ad es. toccare con mani nude fazzoletti di carta usati);
- un utente assistito da un operatore con tampone positivo;
- un utente che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19 (altro utente od operatore) a distanza inferiore di 2 metri e di durata maggiore a 15';
- un utente che si è trovato in un ambiente chiuso (camera, sala da pranzo etc.) con un caso di COVID-19.

A carico dell'operatore (tutti i casi sottostanti riguardano esposizioni senza adozione dei DPI idonei)

- un operatore che ha avuto un contatto con un caso COVID-19 a distanza inferiore 2 metri e con esposizione superiore ai 15 minuti;
- un operatore che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso COVID-19;
- un operatore che ha avuto un contatto con secrezioni di un caso con COVID-19;
- un operatore che ha avuto permanenza nello stesso ambiente chiuso (aula, sala riunioni, sala d'attesa,..) con un caso COVID-19 a distanza inferiore 2 metri e con esposizione superiore ai 15 minuti.

4.2.2 Raccolta e invio campioni per test molecolare SARS CoV-2

Per la raccolta dei campioni il personale deve adottare le misure di prevenzione della diffusione del SARS-CoV-2 e indossare correttamente i DPI per la massima tutela previsti secondo la procedura di "vestizione e svestizione".

La modalità di raccolta del campione dipende dalla tipologia del tampone a disposizione:

- tampone nasofaringeo (scelta da privilegiare, se disponibile);
- tampone orofaringeo.

TAMPONE NASOFARINGEO (asta sottile e flessibile)

- i campioni nasofaringei si ottengono mediante visualizzazione diretta usando l'illuminazione sopra la spalla;
- far inclinare all'indietro la testa del paziente;
- inserire con attenzione il tampone in una delle narici;
- dirigere il tampone nasofaringeo (Fig.1) in avanti e all'indietro lungo il setto nasale (Fig.2a) sino a quando una distinta sensazione di resistenza denota il raggiungimento della faringe posteriore (qualora, si incontri una resistenza inaspettata, eseguire la procedura attraverso la narice opposta);
- lasciare il tampone a contatto alcuni secondi con il nasofaringe posteriore;
- rimuovere con cautela il tampone.

In tutti i casi possibili le secrezioni vanno raccolte da ENTRAMBE le narici, con lo stesso tampone.



Fig.1: Tampone nasofaringeo



Fig.2a: Modalità corretta

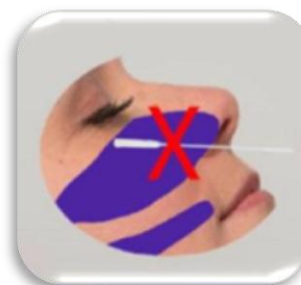


Fig.2b: Modalità non corretta

TAMPONE OROFARINGEO (asta spessa e rigida)

- i campioni orofaringei (Fig.3) si ottengono mediante visualizzazione diretta usando l'illuminazione sopra la spalla;
- invitare il paziente a piegare la testa all'indietro e aprire bene la bocca; se necessario, usare un abbassalingua sterile;
- inserire il tampone orofaringeo (Fig.3) tra i pilastri tonsillari e dietro l'ugola (Fig.4);
- strofinare le zone tonsillari;
- strisciare il tampone sulla parete orofaringea posteriore dal basso verso l'alto, cercando di risalire anche dietro al palato molle, verso il rinofaringe, prestando attenzione allo stimolo del vomito;
- prestare attenzione a che il tampone non si contamini con la saliva, evitando il contatto dello stesso con la lingua, le guance o le arcate dentarie;
- ritirare il tampone e inserirlo in entrambe le narici per circa 2,5 cm (come da Fig.5);
- una volta terminato il tampone, il bastoncino va inserito nella provetta contenente il terreno di trasporto e spezzato.



Fig.3: Tampone orofaringeo



Fig.4: Inserimento del tampone orofaringeo

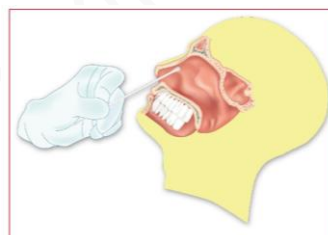


Fig.5: Inserimento del tampone in entrambe le narici

Per la corretta effettuazione del tampone si rinvia alla consultazione del "Tutorial raccolta di campioni per test molecolare Sars-Cov-2" realizzato dal Direttore della SOC ORL del PO SMM disponibile in intranet al seguente link: <https://intranet.aou.udine.it/coronavirus>

Allestimento e trasporto del campione:

A. Sede PO SMM

- la raccolta avviene come di consueto e il trasporto si effettua mediante il servizio di trasporti interni, o mediante posta pneumatica.

B. Sedi Spoke

- i campioni raccolti dovranno essere chiusi molto bene per evitare spandimento del contenuto, tramite il loro inserimento in un primo contenitore rigido possibilmente con chiusura sicura assieme a materiale assorbente (è sufficiente la carta assorbente in quantità adeguata al volume del campione);
- questo contenitore deve a sua volta essere inserito in un contenitore a tenuta dove verranno sistemati dei panetti refrigeranti per garantire il mantenimento di una temperatura di +4/+8°C per il tempo necessario al trasporto degli stessi fino alla consegna al laboratorio, che deve avvenire nel più breve tempo possibile;
- i campioni raccolti devono essere portati e consegnati alla Microbiologia del PO SMM di Udine, sita al Piano 0 Lato Sud – stanza PT Q 02 01 del Padiglione n. 20 (CSL- Centro Servizi Laboratori), stanza Accettazione Campioni Microbiologia non appena possibile;

Eventuali campioni in attesa vanno conservati a +4°C presso il reparto/sede richiedente.

Richiesta dell'esame

La richiesta del tampone può essere fatta da:

- Pronto Soccorso
- Reparto
- Medico competente
- Dipartimento di Prevenzione
- Direzione Medica di Presidio

La richiesta per l'indagine di laboratorio e la generazione delle etichette viene fatta da parte del richiedente la prestazione tramite agenda in CUP-WEB; le etichette per i campioni da raccogliere vengono apposte sui campioni, i quali vengono contestualmente pre-acceffati;

L'esito sarà disponibile in funzione dell'orario di conferimento del campione al laboratorio e in base al numero di campioni pervenuti.

4.2.3 Modalità di verifica e comunicazione dell'esito del tampone

Verifica dell'esito del tampone

Il risultato del tampone viene verificato come segue:

- dai Pronto Soccorso: visore referti;
- dai reparti: visore referti;
- dal medico competente: stampa massiva;
- dai DPT di Prevenzione / Direzione Medica PO SMM: stampa massiva dei referti corrispondenti alle richieste effettuate.

Comunicazione dell'esito del tampone

Di seguito sono riportati i soggetti che devono comunicare l'esito del tampone alle diverse tipologie di pazienti/operatori sanitari.

- Tamponi richiesti da Pronto Soccorso su:
 - pazienti che poi vengono rimandati a domicilio: esito viene comunicato dal PS
 - pazienti che poi vengono ricoverati: esito viene comunicato dal reparto
 - operatori dipendenti (percorso **SOLO** per ospedali **spoke**): comunicazione esito e presa in carico da parte del Medico Competente
- Tamponi richiesti dal reparto su:
 - pazienti: esito viene comunicato dal reparto
- Tamponi richiesti dal DPT prevenzione su:
 - cittadini/pazienti: esito viene comunicato dal DPT di Prevenzione
- Tamponi richiesti dalla Clinica Malattie Infettive di Udine su:
 - pazienti degenti in Clinica Malattie Infettive: esito comunicato dal reparto
 - pazienti/cittadini: contattati dalla Clinica Malattie infettive
- Tamponi richiesti dal Medico Competente su:
 - operatori dipendenti (percorso per ospedale hub): comunicazione esito e presa in carico da parte del Medico Competente
- Tamponi richiesti dalla Direzione Medica PO SMM nell'ambito dei programmi di screening:
 - operatori dipendenti: comunicazione esito da parte della Direzione Medica PO SMM

4.3 MISURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELL'INFEZIONE

Le misure di prevenzione dell'infezione da adottare e la selezione del tipo di dispositivo da usare tengono conto:

- del tipo di trasmissione;
- del tipo di paziente;
- del tipo di contatto assistenziale.

Nella fase attuale di gestione del rischio di infezione da SARS-CoV-2 è previsto sempre l'uso della mascherina chirurgica all'interno dei locali dell'Azienda.

Tale regola trova eccezione nel caso in cui i locali e gli spazi non siano ad uso comune.

4.3.1 Dispositivi per la protezione degli operatori sanitari

In **Allegato 01**:

"SINTESI UTILIZZO DPI E MISURE DI PROTEZIONE PER LA PREVENZIONE DEL CONTAGIO DA SARS-COV-2 PER CONTESTO LAVORATIVO E DESTINATARI DELL'INDICAZIONE" sono specificati i DPI raccomandati per la prevenzione del contagio con una declinazione puntuale dei medesimi in relazione al contesto di lavoro, alla mansione e al tipo di attività lavorativa in concreto svolta.



Come già richiamato nelle indicazioni generali di prevenzione e controllo dell'infezione, oltre a utilizzare il DPI appropriato, si ribadisce che è necessario:

EFFETTUARE L'IGIENE DELLE MANI (con acqua e sapone o soluzione idroalcolica) durante l'assistenza al paziente rispettando i 5 momenti fondamentali:

- prima del contatto con il paziente
- prima di una procedura asettica
- dopo il contatto con materiale biologico (con acqua e sapone)
- dopo il contatto con il paziente
- dopo il contatto con le superfici/gli oggetti attorno al paziente.

e quando le mani sono visibilmente sporche o contaminate con materiale biologico (con acqua e sapone);

si raccomanda di NON INDOSSARE monili, smalto o gel per unghie.

RISPETTARE L'IGIENE RESPIRATORIA: tossire e starnutire all'interno della piega del gomito con il braccio piegato o all'interno di un fazzoletto, preferibilmente monouso, che poi deve essere immediatamente eliminato (e prontamente dopo effettuare l'igiene delle mani).

Nell'utilizzo dei dispositivi di protezione va verificato che la mascherina copra bene il naso, la bocca e il mento e che venga sostituita se danneggiata, contaminata o umida.

Mascherine e guanti non possono essere riutilizzati e devono essere smaltiti correttamente.

Il rispetto delle corrette condizioni di impiego consente di utilizzare i facciali filtranti per un massimo di 6 ore.



4.3.2 Procedure e attività che generano aerosol

Nell'effettuazione di procedure e attività che generano aerosol (es. tampone naso/oro faringeo, terapie in grado di generare nebulizzazione, procedure odontostomatologiche, broncoscopia, tracheotomia, intubazione tracheale, estubazione, ventilazione manuale pre-intubazione, rianimazione cardiopolmonare, NIV, BiPAP, CPAP, induzione dell'espettorato mediante soluzione salina ipertonica nebulizzata, procedure autoptiche, ecc.), si raccomanda che gli operatori utilizzino i seguenti DPI, al fine di assicurare la massima protezione per la trasmissione da contatto e per via aerea:

1. facciale filtrante FFP2 o FFP3,
2. occhiale di protezione o schermo facciale,
3. camice idrorepellente monouso,
4. guanti,
5. cuffia.

NB: ove possibile, vanno individuate soluzioni alternative alle terapie via aerosol.

4.3.3 Procedura di vestizione

Nei siti intranet e internet dell'Azienda sono disponibili i video e i poster dedicati alla vestizione / svestizione.

La vestizione va effettuata in una zona filtro pulita o in una zona pulita all'esterno della stanza che ospita il paziente.

Procedere nel seguente ordine:

- togliere ogni monile e oggetto personale e raccogliere i capelli;
- praticare l'igiene delle mani con acqua e sapone o soluzione alcolica;
- controllare l'integrità dei dispositivi di protezione individuale; non utilizzare dispositivi non integri;
- indossare un primo paio di guanti non sterili;
- indossare sopra la divisa il camice idrorepellente monouso il cui polsino deve coprire il bordo terminale del guanto già indossato;
- indossare idoneo facciale filtrante FFP2 o FFP3 (in mancanza di questi usare mascherina chirurgica a 4 strati);
- indossare la cuffia;
- indossare lo schermo facciale, oppure occhiale di protezione;
- indossare il secondo paio di guanti non sterili il cui bordo deve coprire la manica del camice monouso.

NON sono richiesti sovrascarpe.



4.3.4 Procedura di svestizione

La svestizione va effettuata in una zona filtro sporca o immediatamente prima di uscire dalla stanza che ospita il paziente.

Procedere nel seguente ordine:

- togliere il camice idrorepellente monouso arrotolandolo su se stesso contestualmente alla rimozione del paio di guanti più esterni, facendo attenzione a non contaminare il paio di guanti sottostanti e gli indumenti;
- indossare un paio di guanti puliti (non sterili);
- rimuovere la cuffia contestualmente allo schermo facciale/occhiali:
 - a) la cuffia va eliminata nel contenitore dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo;
 - b) lo schermo facciale / occhiale di protezione va disinfettato tramite l'utilizzo di una salviettina monouso a base di ipoclorito di sodio 0,1% (es. Gioclor Wipes®) e riposta in un contenitore dedicato per la successiva sanificazione;
- rimuovere il paio di guanti appena indossato;
- rimuovere il facciale filtrante FFP2 o FFP3 / mascherina maneggiandolo dalla parte posteriore e smaltirla nel contenitore dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo;
- rimuovere l'ultimo paio di guanti e smaltirli nel contenitore dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo;
- praticare l'igiene delle mani con soluzione idro-alcolica o con acqua e sapone.



Nel caso in cui contestualmente alla fine della procedura si debba anche chiudere il contenitore dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo, si procede nel seguente modo:

- rimuovere l'ultimo paio di guanti, che vanno smaltiti nel contenitore stesso;
- chiudere il sacco giallo dei rifiuti, prendendolo dal lato esterno ripiegato e prestando attenzione a non venire a contatto con la parte interna del sacco;
- praticare l'igiene delle mani con soluzione idro-alcolica o con acqua e sapone;
- chiudere il contenitore rigido dei rifiuti;
- praticare l'igiene delle mani con soluzione idro-alcolica o con acqua e sapone.

4.3.5 Igiene e sanificazione

A. Ambiente

Le superfici contaminate vanno sanificate con prodotti a base di cloro attivo o alcool al 70% (salvo diverse indicazioni più specifiche riportate nelle sezioni di questa procedura) con particolare attenzione a tutte le superfici toccate di frequente:

- per gli ambienti sanitari: 0,5% (equivalente a 5.000 ppm);
- per gli ambienti non sanitari (ad uso civile) e quelli sanitari dove non abbiano soggiornato casi sospetti/accertati COVID-19: 0,1% (equivalente a 1.000 ppm);
- l'alcol etilico al 70% rappresenta l'alternativa all'ipoclorito di sodio.



Se possibile va dedicato sempre lo stesso personale formato ad hoc.

I DPI da utilizzare per la sanificazione sono quelli indicati nel paragrafo "Procedura di vestizione e di svestizione", comprese le calzature da lavoro chiuse.

La sanificazione dei locali che ospitano il paziente deve essere effettuata frequentemente (due volte al giorno).

Nella griglia sottostante si riporta, a titolo di esempio, uno schema di diluizioni per uno dei prodotti disponibili in Azienda).

ESEMPIO SCHEMA DILUIZIONI PER ANTISAPRIL® con detergente

	Concentrazione cloro attivo 0,1% (1.000 ppm)	Concentrazione cloro attivo 0,5% (5.000 ppm)	Concentrazione cloro attivo 1% (10.000 ppm)
Tipologia di utilizzo	Per tutte le superfici, compresi i pavimenti	Bagni e superfici toccate frequentemente	Superfici contaminate da fluidi biologici (previa deterzione)
Diluizione	Antisapril®: 50 ml Acqua: 950 ml	Antisapril®: 200 ml Acqua: 800 ml	Antisapril®: 400 ml Acqua: 600 ml

NB

Il prodotto, una volta diluito, va utilizzato immediatamente e lasciato agire secondo i tempi indicati dalla scheda tecnica

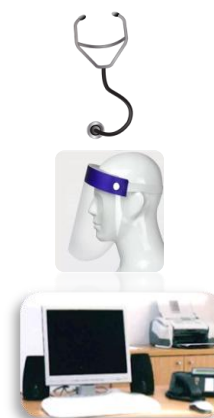
B. Apparecchiature / strumenti

Le apparecchiature e gli strumenti vanno riservati al singolo paziente. Qualora ciò non fosse possibile e gli stessi debbano essere condivisi tra pazienti, è necessario procedere alla loro sanificazione mediante alcol etilico 70% (se consentito dai manuali d'uso / schede tecniche).

Altri dispositivi / materiale specifico:

- Visiere: Alcool (etanolo) 70% (Farmecol®)

L'alcol etilico al 70% rappresenta l'alternativa all'ipoclorito di sodio anche per le attrezzature informatiche, i telefoni cellulari, i tablet, ecc.



C. Sanificazione aree ambulatoriali / servizi

Al fine di assicurare il contenimento della diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2 vanno adottate le seguenti modalità di sanificazione presso gli ambulatori e i servizi.

A fine visita / prestazione, il personale che opera presso l'ambulatorio / servizio provvede a:

- arieggiare il locale, laddove possibile (aprire la finestra);
- indossare i guanti monouso;
- sostituire il telo nel lettino;
- sanificare le superfici toccate dall'utente e gli strumenti utilizzati per la visita, utilizzando panni monouso e le soluzioni sotto indicate;
- eliminare i guanti e il materiale usato per la sanificazione nel contenitore dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo;
- effettuare l'igiene delle mani.

La frequenza di sanificazione ordinaria / giornaliera degli ambulatori viene mantenuta secondo quanto esistente, già previsto dal capitolato del servizio in appalto.

TIPO DI SUPERFICIE	PRODOTTI DISPONIBILI IN AZIENDA
Scrivania, sedia, sgabello, lettino, maniglie, pomelli, pulsanti, interruttori, paravento, appendiabiti, penne, ecc.	Perossido di idrogeno - Pronto O-Light®
	Didecildimetil Ammonio cloruro - Sani-Cloth Active® salviette
	Alcool (etanolo) 70% - Farmecol®
	Cloro attivo 0,1% - Antisapril® detergente (50 ml + acqua 950 ml) - Amuchina® multiuso disinfettante - Gioclor Dial Wipes® salviette
Apparecchiature e strumenti venuti a contatto con il paziente (fonendoscopio, sfigmomanometro, termometro, ecc.) Apparecchiature e strumentazioni informatiche (Tastiera, telefoni, tablet, PC, ecc.)	Perossido di idrogeno - Pronto O-Light®
	Didecildimetil Ammonio cloruro - Sani-Cloth Active® salviette
	Alcool (etanolo) 70% - Farmecol®

4.4 ACCESSO ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

L'accesso dei pazienti alle attività ambulatoriali è consentito nel rispetto delle indicazioni riportate di seguito.

APPUNTAMENTO

- Erogare le prestazioni previo appuntamento, considerando un afflusso di utenti ridotto rispetto al periodo pre-epidemico (programmando gli accessi in modo da garantire la precedenza alle urgenze e alle priorità B e, di seguito, alle altre richieste).
- Dare indicazioni agli utenti di arrivare puntuali, secondo l'orario fissato.

SALA D'ATTESA

- Organizzare gli spazi d'attesa in modo da far rispettare la distanza di sicurezza di almeno 1 metro sia agli utenti che agli eventuali accompagnatori;
 - distanziare le sedute in modo che una sia accessibile e due no;
 - se sono presenti più file di sedie, garantire la distanza di sicurezza anche anteriormente e posteriormente alla sedia accessibile (alternare le sedute per file).
- Rendere disponibile il poster in sala d'attesa sui comportamenti da rispettare.
- Rimuovere dalla sala d'aspetto riviste, libri, giocattoli per bambini.
- Rendere disponibile in sala d'attesa il dispenser per l'igiene delle mani con prodotto alcolico e invitare l'utente a fare l'igiene della mani appena giunge in sala d'attesa.

AMBULATORIO

- Rimuovere dall'ambulatorio gli oggetti non necessari al fine di permettere un'adeguata sanificazione.
- Mantenere sempre indossata la mascherina chirurgica (sia l'operatore che l'utente).
- Effettuare l'igiene delle mani con soluzione alcolica (sia l'operatore che l'utente, il quale viene invitato ed effettuarla all'ingresso dell'ambulatorio).
- Fare in modo che l'utente tocchi meno superfici possibili.
- Per le procedure di sanificazione si rinvia al paragrafo specifico "Sanificazione aree ambulatoriali / servizi).

INDICAZIONI GENERALI

Il **pretriage telefonico** e/o il **triage vis-a-vis** devono essere eseguiti in tutti i casi di accesso ambulatoriale:

- a) in base alla propria organizzazione le Strutture possono scegliere se effettuare il pretriage telefonico il giorno precedente, seguito da triage vis-a-vis il giorno dell'accesso (con modello semplificato), oppure effettuare solo il triage vis-a-vis (con modello completo);
- b) ove possibile si raccomanda di effettuare il **pretriage telefonico** al fine di intercettare i pazienti con eventuali segni e sintomi suggestivi COVID-19 prima dell'accesso presso le Strutture sanitarie;
- c) le scheda di triage deve essere sempre controfirmata dal paziente e conservata in cartella ambulatoriale. Nel caso non sia previsto il confezionamento di cartella, le schede vanno conservate in reparto.

In ogni caso l'accesso dei pazienti agli ambulatori deve essere preceduto dalla rilevazione della temperatura corporea.

I pazienti ambulatoriali, di norma, NON devono prima sottoporsi a tampone diagnostico per SARS-CoV-2.

Fanno eccezione, e quindi devono effettuare il tampone, i pazienti che devono sottoporsi a pratiche anestesilogiche in sedazione profonda e/o a procedure invasive anche non chirurgiche.

Per i **pazienti neonatologici/pediatrici** e per i **pazienti convocati al trapianto d'organo** si applicano le procedure specifiche.

Gli operatori devono SEMPRE utilizzare i **DPI adeguati** (Allegato 01).

Verificare che il paziente indossi una mascherina chirurgica; non deve essere sempre fornita una nuova mascherina chirurgica al paziente se ne indossa già una; una nuova mascherina potrà essere fornita nel caso indossi un facciale filtrante con valvola o in tutti i casi in cui gli operatori valutino idonea quella indossata dal paziente (es. mascherina che non copre completamente naso e bocca, mascherina in cotone, ecc.).

A. Visita ambulatoriale programmata

PRETRIAGE TELEFONICO: Deve essere eseguito il giorno precedente l'accesso con scheda di screening aziendale (Allegato 08, sezione A).

Al paziente vengono fatte tre domande:

1. **È un caso accertato di COVID-19?** Se SI, il paziente deve essere riprogrammato;
2. **Negli ultimi 14gg ha avuto contatti con casi COVID-19?** Se SI, il paziente deve essere riprogrammato e segnalato al DPT di Prevenzione (vedi scheda);
3. **Negli ultimi 14gg ha avuto almeno uno dei seguenti segni/sintomi?** Se SI, il Dirigente Medico della Struttura valuterà se la presenza di segni/sintomi sono correlabili alla patologia per la quale il paziente viene a visita oppure sono suggestivi di COVID-19, in tal caso il paziente dovrà essere riprogrammato ed invitato a contattare il proprio MMG. Se la prestazione non è differibile, la stessa dovrà essere organizzata nel rispetto delle procedure di prevenzione e controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in locali idonei e con personale ridotto al minimo e provvisto di DPI adeguati.

Se a tutte le domande viene data risposta negativa (**PRETRIAGE NEGATIVO**), il paziente può accedere al triage vis-a-vis il giorno della visita ambulatoriale.

TRIAGE VIS-A-VIS: deve essere eseguito al momento dell'accesso in Struttura con scheda di screening aziendale (Allegato 08, sezione B).

1. **Se è già stato effettuato il pretrriage telefonico**, l'operatore che accoglie il paziente **rileva la temperatura corporea** e aggiorna la scheda di screening indicando eventuali variazioni rispetto al pretrriage.

- a) Se **non** ci sono variazioni **E** la temperatura corporea è inferiore a 37,5 °C il paziente può accedere alla prestazione.
- b) Se sono **presenti** variazioni (**TRIAGE VIS-A-VIS POSITIVO**), queste devono essere indicate sulla scheda ed il paziente deve essere valutato dal Dirigente Medico della Struttura, che potrà disporre l'effettuazione del tampone oppure far accedere il paziente alla prestazione se segni/sintomi sono a suo parere correlabili alla patologia per la quale il paziente viene a visita.

L'eventuale tampone può essere eseguito in Pronto Soccorso in caso di sintomatologia importante oppure in altro luogo predefinito, la visita deve essere riprogrammata, il paziente deve essere inviato al domicilio all'attenzione del MMG e deve seguire le indicazioni fornite nella brochure aziendale (Allegato 04).

La comunicazione dell'esito del tampone è a carico della Struttura richiedente: se tampone negativo il paziente smette di seguire le indicazioni fornite nella brochure aziendale; se positivo deve essere prontamente segnalato al DPT di Prevenzione con notifica di malattia infettiva.

2. **Se NON è stato effettuato il pretrriage telefonico**, l'operatore che accoglie il paziente compila la scheda di screening ponendo le tre domande previste dal modulo di Triage Vis a Vis:

- a) **se TRIAGE VIS-A-VIS NEGATIVO E la temperatura corporea è inferiore a 37,5 °C** il paziente può accedere alla prestazione
- b) **se TRIAGE VIS-A-VIS POSITIVO**, seguire le indicazioni del punto b) del precedente paragrafo.

Nel caso in cui il paziente acceda per un **ciclo di prestazioni** frequenti (accesso nella struttura ogni giorno, a giorni alterni o ogni 3 giorni) è possibile compilare il modulo di Triage Vis a Vis successivi al primo (Allegato 08, sezione C).

B. Visita ambulatoriale urgente

Il percorso è differenziato a seconda che il paziente debba passare dal PS oppure no.

PAZIENTE ACCEDE TRAMITE PS (IVI COMPRESI PERCORSI BREVI).

Viene effettuato il triage in PS (scheda di screening aziendale).

Se a tutte le domande viene data risposta negativa (**TRIAGE VIS-A-VIS NEGATIVO**), la visita viene effettuata regolarmente senza effettuare tampone.

Se ad almeno una delle domande viene data risposta affermativa (**TRIAGE VIS-A-VIS POSITIVO**), il paziente viene gestito nel percorso blu e viene sottoposto a tampone in PS:

- a) se la **visita è eseguibile in PS** e non è possibile attendere il risultato del tampone, si procede all'esecuzione della visita gestendo il paziente come sospetto. Se, invece, è possibile attendere il risultato del tampone prima dell'esecuzione della visita, il paziente viene isolato e poi, in base al risultato, la visita viene effettuata regolarmente.
- b) se la **visita non è eseguibile in PS** (es. per strumentazione non disponibile né trasportabile in PS) e non è possibile attendere il risultato del tampone, il paziente viene gestito come sospetto e viene accompagnato da personale del PS presso la sede di esecuzione della visita. Se possibile attendere il risultato del tampone PS prima dell'esecuzione della visita, il paziente viene isolato in PS e poi, in base al risultato, la visita viene effettuata regolarmente.

Se il paziente risulta essere un contatto stretto di caso, la scheda di screening aziendale deve essere inviata **al Dipartimento di Prevenzione**.

Il paziente con **tampone positivo** deve essere prontamente segnalato al **Dipartimento di Prevenzione mediante notifica di malattia infettiva**.

PAZIENTE NON ACCEDE TRAMITE PS (AMBULATORI AD ACCESSO DIRETTO).

Viene effettuato il triage in struttura (scheda di screening aziendale).

Se a tutte le domande viene data risposta negativa (**TRIAGE VIS-A-VIS NEGATIVO**), la visita viene effettuata senza effettuare tampone.

Se ad almeno una delle domande viene data risposta affermativa (**TRIAGE VIS-A-VIS POSITIVO**), il paziente viene sottoposto a tampone in area dedicata in struttura (non in PS). **Se il paziente risulta essere un contatto stretto di caso, la scheda di screening aziendale deve essere inviata al Dipartimento di Prevenzione.**

Se non è possibile attendere il risultato del tampone, si procede all'esecuzione della visita gestendo il paziente come caso sospetto. Se possibile attendere il risultato del tampone prima dell'esecuzione della visita, il paziente viene isolato in struttura e poi, in base al risultato, la visita viene effettuata regolarmente.

NOTA BENE: nel caso sia **necessario il ricovero viene sempre effettuato il tampone, di cui si attende l'esito prima di allocare il paziente:**

- se il **tampone è negativo** per SARS-CoV-2, sarà individuato dallo specialista di riferimento il reparto più appropriato per patologia.
- se il **tampone è positivo** per SARS-CoV-2, sarà individuato dallo specialista di riferimento il reparto più appropriato per patologia e livello assistenziale, in accordo con il medico infettivologo e con il medico del reparto individuato per l'accoglimento; in questo caso, lo specialista rimarrà riferimento per la patologia di competenza. **Il paziente con tampone positivo deve essere prontamente segnalato al Dipartimento di Prevenzione mediante notifica di malattia infettiva.**

4.5 ACCESSO AL RICOVERO ORDINARIO (URGENTE O PROGRAMMATO)

A. Accesso e dimissione del paziente

Ingresso da PS	Effettuazione di tampone in Pronto Soccorso prima del ricovero in qualsiasi reparto.
Ingresso programmato	Effettuazione di tampone in pre-ricovero il giorno precedente l'ingresso in reparto (o il giorno stesso se in reparto si riesce a creare un'area in cui far attendere i pazienti fino al risultato del tampone senza creare assembramenti).
Ricovero in Day Hospital chirurgico	Effettuazione di tampone in pre-ricovero il giorno precedente l'ingresso in reparto (o il giorno stesso se in reparto si riesce a creare un'area in cui far attendere i pazienti fino al risultato del tampone senza creare assembramenti).
Ricovero in Day Hospital medico	Il giorno prima dell'accesso in ospedale: - contatto telefonico per escludere sintomi o contatti stretti con casi certi (pre-triage). All'accesso in ospedale: - triage per escludere sintomatologia sospetta o contatti stretti. Durante la permanenza in ospedale: - il paziente indossa la mascherina chirurgica. Effettuazione del tampone ai pazienti fragili (onco/ematologici, dializzati, immunodepressi o con terapie immunosoppressive); in questo caso, effettuazione del tampone pre-ricovero in DH secondo tempistica individuata dal documento regionale (ogni 7 giorni se in chemioterapia o terapia immunosoppressiva continuativa).
Durante il ricovero	Durante il ricovero la ripetizione del tampone avviene se: - il paziente sviluppa sintomi che fanno sospettare infezione da SARS-CoV-2; - il paziente è un contatto stretto di caso confermato. Nel caso di bambini ricoverati (anche in osservazione breve) il tampone va effettuato, oltre che come screening allo stesso bambino, anche al genitore che lo assiste: - genitori di bambini con degenze >7-10 giorni: tamponi di screening ad entrambi i genitori ogni 7 giorni; - genitori di bambini con disturbi alimentari, considerato che hanno degenze lunghe e, inoltre, che necessitano di permessi giornalieri (con rientro in giornata): tamponi di screening ogni 7 giorni sia al bambino che ai genitori. In entrambi i casi si consideri la possibilità, laddove sia applicabile, di consentire ad un unico genitore la presenza in reparto. La procedura da seguire prevede: - la formulazione della richiesta in CUPWeb come accesso ambulatoriale; - la selezione del nome del genitore; - la selezione di "Dipartimento di prevenzione" nel campo contratto; - in causale, selezionare la voce "gratuità"; - nel testo del quesito, specificare "genitore di minore". Per il resto, procedere come per una richiesta normale di esame virologico.
Dimissione	Prima dell'accoglimento presso altri Ospedali, Case di Riposo, RSA e strutture residenziali affini, tutti i pazienti dovranno aver effettuato un tampone per ricerca SARS-CoV-2 che risulti negativo il giorno prima del trasferimento. In attesa del risultato, solo e soltanto per questi casi specifici, non dovranno essere applicate le indicazioni precauzionali descritte nel paragrafo "In attesa del risultato del tampone - Gestione degli operatori" (es. chiusura del reparto/blocco spostamenti dei pazienti presenti in stanza, mascherina chirurgica a tutti gli operatori).

B. Paziente degente sospetto/accertato COVID-19

Il paziente:

- deve indossare una mascherina chirurgica;
- va isolato in stanza singola; in caso di molteplici pazienti COVID-19, questi possono essere isolati insieme nella stessa stanza (cohorting);
- evitare o limitare i movimenti dalla stanza del paziente; se il trasporto è necessario (es. per diagnostica per immagini), vanno utilizzati percorsi predefiniti e il paziente dovrà indossare una mascherina chirurgica.

Gli operatori devono adottare i DPI idonei:

- facciale filtrante FFP2 o FFP3,
- occhiale di protezione o schermo facciale,
- camice idrorepellente monouso,
- guanti,
- cuffia.



C. Paziente degente contatto di caso

Vanno adottate le seguenti misure:

- isolare il paziente in stanza singola, limitando l'accesso degli operatori;
- raggruppare le attività assistenziali (es. terapia/colazione/igiene) al fine di ridurre gli accessi alla stanza del paziente;
- far indossare al paziente la mascherina chirurgica in caso di ingresso di persone nella stanza;
- dedicare il minor numero possibile di operatori sanitari per la gestione del paziente.

Gli operatori devono adottare i DPI idonei:

- facciale FFP2,
- occhiale di protezione o schermo facciale,
- sovra-camice monouso,
- guanti.



Al paziente va effettuato il tampone a 72h dalla prima o unica esposizione (non prima di tale tempo). Se il paziente è ancora ricoverato, ripetere il tampone al 7° e 14° giorno a partire dall'ultima esposizione.

Non dimettere il paziente, se non previa valutazione dell'autosufficienza e dell'isolabilità domiciliare (seguire indicazioni della Direzione Medica e del PUA COVID).

Si raccomanda di intercettare precocemente l'eventuale comparsa di sintomi da SARS-CoV-2 (febbre, tosse, dispnea, diarrea, sincope, disgeusia, anosmia) e, in tale caso, di gestire il paziente come sospetto COVID-19 (come specificato al paragrafo "In attesa del risultato del tampone effettuato su paziente degente").

D. In attesa del risultato del tampone effettuato su paziente degente

Gestione del paziente	Gestione dell'operatore
Nell'attesa di ricevere la risposta al tampone effettuato, il paziente sospetto viene gestito nel reparto di degenza <u>come se fosse un caso positivo</u>: - fare indossare al paziente una mascherina chirurgica; - isolare il paziente in stanza singola; in caso di molteplici pazienti COVID-19, questi possono essere isolati insieme nella stessa stanza (cohorting); - evitare o limitare i movimenti dalla stanza del paziente. Nel caso in cui l'operatore che si trova nella stanza per assistere il paziente sospetto (quindi protetto con i DPI previsti) e gli altri degenti richiedano assistenza è necessario sostituire i guanti esterni. In presenza di un paziente sospetto, il Direttore della struttura e il preposto o suo delegato devono comunicare tale informazione, sia telefonicamente che via email, al Gruppo Operativo del Rischio Infettivo e alla Direzione Medica di riferimento.	- Se il paziente era già gestito come <u>sospetto</u>, la gestione del reparto non subisce cambiamenti. - Se il sospetto ricade su un paziente presente in reparto <u>da più di 24 ore</u> e che non era già stato gestito come possibile caso infetto: ▪ è previsto il cambio del turno del personale come programmato, ▪ a tutti gli operatori del reparto viene data indicazione di indossare e mantenere la mascherina chirurgica (anche a domicilio) fino all'esito del tampone; ▪ tutti gli operatori sono tenuti a utilizzare DPI e precauzioni dedicate per il caso sospetto; ▪ per l'assistenza degli altri pazienti presenti in stanza vanno adottati i DPI e le precauzioni standard e aggiuntive in base alla valutazione del rischio presentato dagli stessi; ▪ l'entrata e l'uscita dal reparto vengono precluse ai pazienti e agli eventuali visitatori fino al risultato del tampone, fatte salve eventuali situazioni di emergenza. - Se il sospetto ricade su un paziente presente in reparto <u>da meno di 24 ore</u> e che non era già stato gestito come possibile caso infetto: ▪ gli operatori che hanno avuto contatti con tale paziente: ○ indossano la mascherina chirurgica, ○ terminano il turno e mantengono la mascherina anche al domicilio fino all'esito del tampone; ▪ nel caso in cui il paziente sia stato gestito come caso sospetto COVID-19 (con uso appropriato di DPI) il turno si mantiene come programmato per tutti gli operatori; ▪ sono bloccati gli spostamenti dei pazienti presenti in stanza fino al risultato del tampone; ▪ tutti gli altri operatori sono tenuti a utilizzare DPI e precauzioni dedicate per il caso sospetto e DPI e precauzioni standard e aggiuntive in base alla valutazione del rischio di ogni altro paziente.

E. In presenza di tampone negativo effettuato su paziente degente

Gestione del paziente	Gestione dell'operatore
In presenza di tampone negativo, il paziente verrà gestito con precauzioni standard o aggiuntive in base alla valutazione del rischio effettuata caso per caso. Se il tampone è negativo, ma il paziente manifesta una situazione clinica fortemente suggestiva per COVID-19 e non giustificata da altre patologie, il paziente viene considerato come sospetto e il tampone verrà ripetuto secondo le indicazioni del Medico infettivologo, che valuterà la possibilità di far effettuare eventuali approfondimenti diagnostici.	Il reparto torna alla normalità. Il personale sanitario utilizzerà precauzioni standard o aggiuntive in base alla valutazione del rischio effettuata caso per caso. Il direttore della struttura e il preposto o loro delegati informano del risultato il Gruppo Operativo del Rischio Infettivo e la Direzione Medica.

F. In presenza di tampone positivo effettuato su paziente degente

Gestione del paziente	Gestione dell'operatore
In presenza di tampone positivo, salvo diverse indicazioni della Direzione Medica, il paziente dovrà essere trasferito in Clinica di Malattie Infettive, in un'altra "Area COVID" individuata o in Anestesia e Rianimazione 2 del PO Santa Maria della Misericordia di Udine a seconda della valutazione clinica. Il trasporto del paziente avverrà con barelle dedicate, dislocate presso il Pronto Soccorso e la Clinica di Malattie Infettive, con operatori sanitari adeguatamente istruiti e protetti con i DPI (come indicato nei paragrafi specifici). Nel caso di paziente degente presso reparto di ospedale spoke, il trasporto del paziente avverrà tramite ambulanza CRI dedicata. Il personale del reparto fornirà gli adeguati DPI al personale CRI che si occupa del trasporto. Il reparto che ha incarico il paziente provvede all'invio notifica di malattia infettiva a al Dipartimento di Prevenzione di riferimento entro 12 ore dalla diagnosi. La positività va comunicata anche a: - Gruppo Operativo del Rischio Infettivo di riferimento; - Clinica di Malattie Infettive del PO SMM di Udine. Viene effettuato il tampone al/ai paziente/i che sono stati degenti nella stessa stanza.	Il personale si organizzerà per il trasferimento del paziente concordandone l'orario di trasferimento con i Responsabili della Struttura e adottando tutte le misure di precauzione per un caso confermato. Il direttore della struttura e il preposto o loro delegati: - informano tempestivamente il Gruppo Operativo di Rischio Infettivo di competenza e la Direzione Medica (Medico di Guardia), che in collaborazione con il DPT di Prevenzione, effettueranno l'indagine epidemiologica, cui seguiranno le indicazioni per il personale, i pazienti e gli operatori dei servizi coinvolti; - collaborano alla compilazione della "Lista Contatti Operatori" e della "Lista Contatti Pazienti" (vedi allegati, o file specifico inviato da Gruppo Operativo Rischio Infettivo). Tutti gli operatori sanitari della "Lista Contatti Operatori", se asintomatici, possono continuare a lavorare indossando la mascherina chirurgica.

G. Negativizzazione

La persona precedentemente positiva al tampone per essere definita "guarita" deve essere in assenza di sintomi e risultare negativa a due successivi tamponi effettuati a distanza di 24 ore l'uno dall'altro. Per ogni caso dubbio va, comunque, richiesto il parere del Medico Infettivologo.

H. Procedure per la gestione del paziente chirurgico nelle sale operatorie

MISURE GENERALI PER GLI OPERATORI

- Mantenere le raccomandazioni generali già definite nella presente procedura: igiene delle mani, uso continuativo della mascherina chirurgica, mantenimento della distanza fisica. Tali precauzioni vanno mantenute in ogni momento, ivi compresi i passaggi di consegne, i cambi di divisa, i momenti di pausa.
- Si raccomanda di ridurre al minimo gli operatori che accedono alle sale operatorie e, preferibilmente, di assegnare personale dedicato alle diverse sale, per evitare flussi promiscui.
- Al blocco operatorio accedono solo i pazienti e il personale dedicato. Eventuali accessi di *specialist*/mediatori e genitori/accompagnatori di minori andranno concordati di volta in volta col responsabile del blocco, secondo le procedure aziendali.
- Le aree di ristoro dei Blocchi Operatori possono essere riaperte, previa rimozione di sedie, divani e ciò che può indurre uno stazionamento prolungato; l'accesso è consentito al massimo a 2 persone in contemporanea, nel rispetto delle misure di prevenzione e controllo dei rischi infettivi.
- Accesso del personale ai filtri: è consentito l'accesso di una sola persona per volta, già munita di mascherina.
- Durante gli interventi chirurgici, salvo casi di estrema necessità, non ci dovranno essere ingressi o uscite dalla sala di persone terze rispetto all'équipe. Se, per casi di necessità, questo accadesse, l'identità e il ruolo di chi entra vanno poi annotati, come parte dell'équipe, sul registro operatorio.

MISURE E DISPOSITIVI DI PROTEZIONE

- Durante le manovre che possono generare aerosol (intubazione, estubazione, RCP) l'équipe di anestesia dovrà indossare facciali filtranti FFP2/FFP3 (senza valvola) e schermo facciale.
- Fino a completamento delle procedure intubazione ed estubazione tutti gli altri operatori dovranno essere fuori dalla sala operatoria.
- L'équipe che opera sul campo operatorio deve indossare facciali filtranti FFP2/FFP3 (senza valvola) e schermo facciale qualora la procedura chirurgica sia considerata a rischio di produzione di aerosol (procedure del tratto aereo-digestivo: accesso naso-faringeo, accesso oro-faringeo, trachea, polmone, broncoscopia, endoscopia del tratto gastrointestinale, chirurgia dell'intestino). In tutti gli altri casi vanno mantenute le misure standard di sala operatoria (mascherina chirurgica, occhiali di protezione, ecc.). In difetto delle facciali filtranti FFP2 senza valvola potranno essere usate quelle con valvola, applicandovi sopra una mascherina chirurgica.
- Nel caso di procedure che prevedono insufflazione di CO₂, il gas va fatto poi fuoriuscire da un idoneo e certificato sistema di filtraggio o, in alternativa, estratto col sistema di aspirazione.

PAZIENTI

- A. RICOVERO PROGRAMMATO: va eseguito il tampone il giorno precedente al ricovero, fino a nuove indicazioni.
- B. RICOVERO URGENTE: va sempre eseguito il tampone:
- a. INTERVENTO PROCRASTINABILE: si aspetta l'esito del tampone per decidere quale sala operatoria utilizzare e in quale reparto ricoverare il paziente.
 - b. EMERGENZA: fino alla risposta del tampone, il paziente va trattato come potenzialmente positivo.
- Qualora il ricovero urgente avvenga in ospedale di rete:
- nel caso in cui il paziente debba essere trasferito nella sede Hub si esegue il tampone e lo si trasferisce;
 - nel caso in cui il paziente non debba essere trasferito nella sede Hub va individuato localmente un percorso ad hoc.

Per le procedure di prelievo e trapianto d'organo, il Presidio Ospedaliero S. Maria della Misericordia dispone di specifiche indicazioni operative.

I. Procedure per la gestione del paziente chirurgico confermato / sospetto COVID-19

VESTIZIONE NON STERILE

Procedure da effettuare prima di entrare in sala operatoria

1. Rimuovere tutti gli effetti personali (es. orecchini, collane, etc.), compresi i dispositivi elettronici (es. cellulare, badge, etc.) e raccogliere i capelli.
2. Indossare i copri-calzari.
3. Controllare l'integrità dei dispositivi di protezione individuale; non utilizzare dispositivi non integri.
4. Praticare l'igiene delle mani con acqua e sapone o soluzione alcolica.
5. Indossare il 1° paio di guanti monouso non sterili.
6. Indossare sopra la divisa il camice idrorepellente monouso il cui polsino deve coprire il bordo terminale del guanto già indossato.
7. Indossare la mascherina facciale filtrante FFP2/FFP3 senza valvola ed effettuare la prova di tenuta.
8. Indossare la cuffia.
9. Indossare lo schermo facciale, oppure gli occhiali di protezione.
10. Indossare il 2° paio di guanti monouso non sterili il cui bordo deve coprire la manica del camice.

VESTIZIONE STERILE

Procedure da effettuare prima di entrare in sala operatoria

1. Rimuovere tutti gli effetti personali (es. orecchini, collane, etc.), compresi i dispositivi elettronici (es. cellulare, badge, etc.) e raccogliere i capelli.
2. Indossare i copri-calzari.
3. Controllare l'integrità dei dispositivi di protezione individuale; non utilizzare dispositivi non integri.
4. Praticare l'igiene delle mani con acqua e sapone o soluzione alcolica.
5. Indossare la mascherina filtrante FFP2/FFP3 senza valvola ed effettuare la prova di tenuta.
6. Indossare la cuffia.
7. Indossare lo schermo facciale oppure gli occhiali di protezione*.
8. Eseguire il lavaggio chirurgico delle mani.

In sala operatoria

9. Indossare il 1° paio di guanti sterili.
11. Indossare il camice monouso sterile idrorepellente sopra la divisa il cui polsino deve coprire il bordo terminale del guanto già indossato.
12. Indossare il 2° paio di guanti sterili il cui bordo deve coprire la manica del camice.

*utilizzare gli schermi facciali qualora si possa verificare il rischio di spruzzi o schizzi di sangue o fluidi corporei (es. interventi ortopedici).

SVESTIZIONE STERILE/NON STERILE

È raccomandato eseguire tutti i passaggi con cautela e sotto la supervisione di un altro operatore

Procedure da effettuare in sala operatoria

1. Togliere il camice idrorepellente monouso arrotolandolo su se stesso contestualmente alla rimozione del paio di guanti più esterni, facendo attenzione a non contaminare il paio di guanti sottostanti e gli indumenti.
2. Indossare un paio di guanti monouso non sterili.
3. rimuovere la cuffia contestualmente allo schermo facciale/occhiali:
 - a. la cuffia va eliminata nel contenitore dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo;
 - b. lo schermo facciale/occhiale di protezione va disinfettato tramite l'utilizzo di una salviettina monouso a base di ipoclorito di sodio 0,1% (es. Gioclor Wipes®) e riposta in un contenitore dedicato per la successiva sanificazione;
4. Rimuovere i guanti monouso non sterili e smaltirli nei rifiuti a rischio infettivo.
5. Rimuovere i sovra-scarpe e smaltirli nei rifiuti a rischio biologico*.
6. Rimuovere il paio guanti monouso/sterili (1° paio indossato, quello più interno) e smaltirli nei rifiuti a rischio infettivo.
7. Effettuare igiene delle mani.

Uscire dalla sala operatoria senza toccare nulla

8. Indossare un paio di guanti monouso.
9. Rimuovere il facciale filtrante FFP2/FFP3 maneggiandolo dalla parte posteriore e smaltirla nel contenitore dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.
10. Rimuovere i guanti monouso non sterili e smaltirli nei rifiuti a rischio infettivo.
11. Eseguire igiene delle mani.

*Qualora le calzature siano visibilmente sporche si raccomanda la decontaminazione e/o la sostituzione.

4.6 MISURE PER LA GESTIONE OPERATORI SANITARI

4.6.1 Operatori sanitari esposti

Si riportano le indicazioni per la valutazione del rischio di esposizione e la gestione del personale sanitario venuto a contatto stretto con un caso accertato COVID-19, in accordo con le ultime disposizioni dall'art.7 Sorveglianza Sanitaria del decreto-legge 9 marzo 2020, n.14 "Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale in relazione all'emergenza COVID-19".

Lo scopo di queste indicazioni operative è il mantenimento dei servizi essenziali finalizzati alla cura e assistenza della popolazione garantendo nel contempo la sicurezza del personale in relazione alle condizioni di possibile esposizione a SARS-CoV-2.

L'esposizione dell'operatore deve essere prontamente notificata al Gruppo Operativo Rischio Infettivo / Direzione Medica Ospedaliera / Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente.

A seguito della notifica verrà valutata l'effettiva esposizione del soggetto, eseguita l'eventuale indagine epidemiologica per la ricerca di ulteriori esposti nel personale (es. a seguito di un paziente risultato positivo dopo il trasferimento da altro reparto) e disposta la trasmissione dell'elenco degli operatori da sottoporre a sorveglianza al Medico Competente.

Il Medico Competente provvede a contattare gli operatori e, se necessario, organizzare l'appuntamento del tampone. L'esito del primo tampone se positivo deve essere comunicato tempestivamente al Gruppo Operativo Rischio Infettivo.

L'esposizione dell'operatore viene considerata come avvenuta quando questi abbia avuto **senza DPI idonei**:

- contatto con paziente COVID-19 a distanza inferiore 2 metri e con esposizione superiore ai 15 minuti;
- contatto fisico diretto con paziente con COVID-19;
- contatto con secrezioni di paziente con COVID-19;
- permanenza nello stesso ambiente chiuso (aula, sala riunioni, sala d'attesa,..) con paziente COVID-19 a distanza inferiore 2 metri e con esposizione superiore ai 15 minuti.

Nel caso di accertata esposizione, non prima di 72 ore dal 1° contatto, l'operatore esegue tampone (quindi se la prima esposizione è avvenuta prima dei 3 giorni precedenti, il tampone dovrebbe essere eseguito il prima possibile). In attesa dell'esecuzione e dell'esito del tampone, l'operatore se asintomatico prosegue l'attività lavorativa indossando correttamente la mascherina chirurgica o, nel caso presti assistenza diretta a casi sospetti/accertati, DPI con facciale filtrante senza valvola.

Una volta a disposizione l'esito:

- **se tampone positivo:** non ammissione al lavoro fino al 7 giorno dopo la risoluzione dei sintomi, quando viene nuovamente effettuato tampone di controllo.
- **se tampone negativo:** ammissione al lavoro con utilizzo di mascherina chirurgica o DPI con facciale filtrante senza valvola se presta assistenza diretta a casi sospetti/accertati e automonitoraggio clinico giornaliero fino al 14° giorno dall'esposizione (controllo della temperatura corporea ed eventuale comparsa di sintomi respiratori). **RIPETIZIONE DEL TAMPONE al 7 e 13 giorno** come da indicazioni regionali. In caso di comparsa di sintomi, sospensione immediata dall'attività lavorativa. Durante questo periodo di follow-up, l'operatore al di fuori del contesto lavorativo deve essere sottoposto a contumacia a casa, e dovrà seguire le indicazioni sotto riportate che vanno mantenute fino al termine del follow up (fino al 14° giorno dall'ultima esposizione):
 - In base all'art. 7 del DPCM 9 marzo 2020, essendo un operatore sanitario potrà continuare a lavorare, indossando durante tutto il turno di lavoro una mascherina

chirurgica, avendo cura di lavare frequentemente le mani e osservare le consuete misure di igiene respiratoria;

- misura la temperatura corporea due volte al giorno (prima e dopo il turno), fino al termine del follow up;
- il Medico Competente in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione si occuperà della sorveglianza sanitaria (follow-up), prescrivendo successivi tamponi di controllo.
- al di fuori dell'orario di lavoro dovrà considerarsi in contumacia e quindi:
 - rimanere presso il domicilio, rispettando una distanza di almeno un metro dalle altre persone conviventi;
 - non dovrà uscire di casa né ricevere visite;
 - dovrà evitare la promiscuità di bicchieri, stoviglie etc;
 - non dovrà dormire nella stessa stanza con altre persone, evitando anche la permanenza nelle stanze utilizzate dal resto della famiglia (es. soggiorno, cucina);
 - se abita con bambini piccoli o persone non collaboranti (con difficoltà a mantenere la distanza di almeno un metro) è prudente indossare la mascherina chirurgica anche a casa.

Nel caso in cui insorgano sintomi o tampone positivo, l'operatore è sospeso dall'attività lavorativa e viene sottoposto ad isolamento fiduciario fino a 7 giorni a seguire dalla completa risoluzione dei sintomi.

Per l'operatore sanitario positivo al tampone, al termine del periodo di isolamento domiciliare fiduciario per poter essere definito "guarito" sono necessari la risoluzione dei sintomi e l'esito negativo di due test consecutivi, effettuati a distanza di 24 ore uno dall'altro, per la ricerca di SARS-CoV-2.

Le indicazioni operative sulla gestione degli operatori sono riportate nell'allegato 06, che costituisce la base comune sulla quale sono stati declinati i comportamenti specifici da seguire presso le ex Aziende (ASUIUD; AAS3; AAS2).

Si rammenta che tutti gli operatori sintomatici per infezione respiratoria acuta (febbre, tosse, dispnea, diarrea, sincope, disgeusia, anosmia) devono astenersi dalle attività lavorative.

Tali disposizioni potranno essere modificate in base alla situazione epidemiologica locale.

In attesa del risultato del tampone, l'operatore mantiene il normale turno lavorativo, ma indossa la mascherina chirurgica e al domicilio si comporta come da indicazioni per la contumacia.

4.6.2 Sorveglianza per screening

Stante l'importanza di mantenere alta l'attenzione sull'adesione a tutte le misure di prevenzione per evitare per quanto possibile riaccensioni della pandemia di COVID-19, è raccomandato a tutto il personale sanitario di eseguire puntualmente gli accertamenti predisposti per la sorveglianza sanitaria compresi i test molecolari per la ricerca di SARS-CoV-2 (tamponi naso-faringei).

Secondo le indicazioni regionali, i tamponi di screening per il personale devono essere eseguiti con periodicità di almeno 30 giorni.

Alla pagina intranet dedicata al coronavirus <https://intranet.aou.udine.it/coronavirus> si può accedere al video-tutorial (ultimo link in fondo alla pagina) per la raccolta dei campioni per test molecolare SARS-CoV-2, realizzato dal Direttore della SOC Otorinolaringoiatria del PO SMM.

4.7 MISURE DI ISOLAMENTO FIDUCIARIO A DOMICILIO

Sulla base del Report ISS *"Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19"* versione del 7 marzo 2020, sono di seguito indicate le misure di prevenzione da adottare per l'isolamento domiciliare.

NB.

Per gli operatori aziendali individuati come "contatti stretti di caso" sono stabilite misure comportamentali specifiche riportate nel paragrafo specifico di questa procedura.

4.7.1 Misure di prevenzione da adottare in isolamento domiciliare

- La persona sottoposta ad isolamento domiciliare deve rimanere in una stanza dedicata e dotata di buona ventilazione possibilmente servita da bagno dedicato, dormire da solo/a, e limitare al massimo i movimenti in altri spazi della casa dove vi siano altre persone.
- Se disponibile un solo bagno, dopo l'uso pulire con prodotti a base di cloro attivo alla concentrazione di 0,5 % oppure con alcol al 70%.
- È opportuno che il/i locali che ospitano il soggetto in isolamento domiciliare siano regolarmente arieggiati per garantire un adeguato ricambio d'aria.
- In presenza di altre persone, deve essere mantenuta una distanza di almeno un metro e deve essere assolutamente evitato ogni contatto diretto (compresi strette di mano, baci e abbracci). Deve essere evitato il contatto diretto anche con altre persone sottoposte ad isolamento domiciliare. Un'eccezione può essere fatta per una madre che allatta. La madre dovrebbe indossare una mascherina chirurgica ed eseguire un'igiene accurata delle mani prima di entrare in stretto contatto con il bambino.
- Evitare ogni possibile via di esposizione attraverso oggetti condivisi inclusi asciugamani, salviette o lenzuola, piatti, bicchieri, posate, etc). Gli oggetti da cucina andranno lavati con attenzione con normale sapone.
- Vi è il divieto di spostamenti o viaggio e l'obbligo di rimanere raggiungibile per le attività di sorveglianza.
- Se il soggetto in isolamento è asintomatico, non può ricevere visite fino ad esaurimento dei 14 giorni di isolamento. Se il paziente è sintomatico il divieto è comunque posto fino alla guarigione clinica anche se sono passati 14 giorni dal contatto (caso con conferma di laboratorio).
- Se il soggetto in isolamento ha sintomi di infezione delle vie respiratorie quando si sposta dalla sua camera deve usare la mascherina chirurgica, e praticare misure di igiene respiratoria: coprire naso e bocca usando fazzoletti quando starnutisce o tossisce, tossire nel gomito; i fazzoletti dovrebbero essere preferenzialmente di carta e dovrebbero essere eliminati in un doppio sacco impermeabile posto in una pattumiera chiusa che non preveda contatto con le mani per la sua apertura (es. apertura a pedale). Se i fazzoletti sono di stoffa, devono essere maneggiati con guanti e lavati in lavatrice a 60-90° usando comune detersivo. Dopo l'uso del fazzoletto le mani devono essere immediatamente lavate con acqua e sapone accuratamente per 40 secondi o frizionate con prodotto idro-alcolico.
- Le persone che assistono il soggetto, devono indossare mascherina chirurgica (quest'ultima non dovrebbe essere toccata durante l'utilizzo e dovrebbe essere cambiata se umida o danneggiata). Le mascherine non possono essere riutilizzate, ma debbono essere eliminate in un doppio sacco impermeabile posto in pattumiera chiusa con apertura a pedale.
- I conviventi e le persone che forniscono assistenza devono evitare il contatto diretto con il soggetto in isolamento il più possibile. Se l'assistenza prevede contatto con secrezioni respiratorie, feci o urine è necessario l'utilizzo dei guanti che devono essere poi eliminati con cura in un doppio sacco impermeabile in pattumiera chiusa con

apertura a pedale, seguito dal lavaggio delle mani. I guanti non possono essere riutilizzati.

- Almeno una volta al giorno, o più, le superfici dei locali utilizzati dal soggetto in isolamento devono essere pulite con prodotti detergenti e successivamente disinfettate con prodotti a base di cloro attivo alla concentrazione di 0,5% oppure con alcol al 70% con particolare attenzione a tutte le superfici toccate di frequente. Chi effettua la pulizia deve indossare un camice monouso (o un grembiule dedicato) e guanti monouso; se vengono usati guanti domestici in gomma spessa riutilizzabili, questi devono essere disinfettati dopo l'uso (lavaggio con acqua e detergente seguito con disinfezione di tutte le parti, con prodotti a base di cloro attivo alla concentrazione di 0,5% oppure con alcol al 70%).
- La persona che si occupa della rimozione della biancheria e degli effetti lettereschi del soggetto in isolamento deve indossare la mascherina chirurgica e i guanti. La biancheria deve essere collocata in un sacco separato e gestita separatamente da quella del resto della famiglia o comunità e può essere lavata in lavatrice a 60° per almeno trenta minuti o a tempi più brevi per temperature superiori usando comune detersivo.
- I rifiuti prodotti dal soggetto in isolamento o dall'assistenza a lui/lei prestata devono essere smaltiti in un doppio sacchetto di plastica che verrà chiuso e disposto in pattumiera chiusa.
- Sebbene al momento non esistano prove che dimostrino che animali come cani o gatti possano essere una fonte di infezione per l'uomo, a scopo puramente precauzionale, si suggerisce alle persone contagiate da SARS-CoV-2 di limitare il contatto con gli animali, analogamente a quanto si fa con le altre persone del nucleo familiare, evitando, ad esempio baci o condivisione del cibo.

4.7.2 Misure raccomandate agli operatori nell'assistenza alla persona in isolamento

- Gli operatori sanitari che prestano cure dirette al soggetto in isolamento (esempio: esame fisico) devono indossare camice monouso, mascherina chirurgica, protezione oculare e guanti, e dopo l'eliminazione delle protezioni, effettuare accurata igiene delle mani con soluzione idroalcolica o con acqua e sapone se non disponibile o se le mani sono visibilmente sporche.
- Mascherine e guanti non possono essere riutilizzati.
- Le indicazioni riguardo la igienizzazione delle superfici, la biancheria e i rifiuti sono gli stessi riportati per l'assistenza ai casi.
- Si sottolinea l'opportunità di adeguata formazione degli operatori sanitari e, nel caso si rendesse necessaria l'effettuazione di manovre invasive, si raccomanda l'esecuzione delle stesse da parte di specifiche squadre adeguatamente addestrate.

Negli allegati 04 e 05 vengono riportate:

- Indicazioni per l'isolamento di persone con infezione confermata da COVID-19 che non richiedono ospedalizzazione e per la contumacia/quarantena di soggetti identificati come contatti stretti di persone con infezione confermata da COVID-19.
- Indicazioni per la gestione dei rifiuti domestici.

4.8 MISURE PER LA GESTIONE DELLA SALMA

I seguenti contenuti relativi alla gestione della salma di paziente con sospetto/accertato COVID-19 si applicano a tutti i decessi avvenuti sull'ambito di competenza di ASUFC (presidi ospedalieri, RSA, Hospice, domicilio). In assenza di dati scientifici specifici relativi alla gestione del post-mortem di paziente deceduti con malattia da nuovo coronavirus, si applicano le raccomandazioni del Ministero della Salute elaborate nel 2003 dall'ISS per la prevenzione ed il controllo della sindrome acuta respiratoria severa – SARS.

I contenuti seguenti sono destinati alle Direzioni mediche ospedaliere, a tutte le strutture operative di diagnosi, ricovero e cura, ai Servizi Morgue, ai medici necroscopi ospedalieri e territoriali, ai MMG/PLS dell'ASUFC e alle ditte in appalto per il servizio di trasporto / preparazione salme; per opportuna conoscenza anche alle ditte di Onoranze Funebri. Le responsabilità delle singole attività verranno indicate di volta in volta nelle varie fasi.

4.8.1 Presso i Presidi Ospedalieri

A. Decesso di paziente ricoverato o in carico al PS

Ogni qualvolta un paziente sospetto/accertato COVID-19 decede, il personale sanitario del reparto in cui avviene il decesso informa tempestivamente, seguendo le procedure in essere in ogni presidio, il personale addetto ai servizi di morgue; indossa/mantiene i previsti DPI indicati ai paragrafi "Procedura di vestizione e Procedura di svestizione":

- facciale FFP2/FFP3,
- occhiali di protezione o schermo facciale,
- camice monouso idrorepellente,
- guanti 2 paia,
- cuffia.

e procede rispettando le seguenti modalità:

- applicare alla salma (o mantenere) la mascherina chirurgica;
- ridurre al minimo la possibile movimentazione della salma (evitare in particolar modo compressioni sul torace per evitare esalazioni potenzialmente infette);
- rimuovere tutti i device ad esclusione di:
 - tubo endotracheale, che va clampato e lasciato in sede,
 - cannula tracheostomica che va chiusa con apposito tappo e lasciata in sede;
- dopo la constatazione di decesso, effettuare un tracciato ECG di durata non inferiore a 20 minuti ai fini dell'accertamento necroscopico;
- dopo l'effettuazione del tracciato e prima del posizionamento della salma nel body-bag effettuare la visita necroscopica compilando, in ambiente pulito, il relativo certificato;
- se non eseguito in vita, raccogliere, entro due ore dal decesso, un tampone nasofaringeo e inviarlo al Laboratorio Unico Interaziendale (LUI) per la ricerca di SARS-CoV-2, come descritto nella presente procedura.

NB:

- **Decesso di paziente portatore di Pace Maker:** per queste salme non può essere annullato il periodo di osservazione attraverso l'accertamento della morte con l'ausilio del tanatogramma ma, dopo la constatazione di decesso, deve essere garantito un periodo di osservazione minimo di 6 ore (vedi ordinanza del Presidente della Regione FVG n.1/2020/Salute) al termine del quale potrà essere effettuata la visita necroscopica. In attesa della visita necroscopica la salma è trasferita, preparata nel rispetto delle indicazioni sopra riportate, avendo cura di lasciare la cerniera del body bag aperta per l'identificazione, in **locale salma** (individuato per ogni area covid) o lasciato **in stanza di degenza**, se singola e se compatibile con l'attività clinico-assistenziale.

- **Medico Necroscopo:** nel PO SMM di Udine per il Pronto Soccorso, la Terapia Intensiva e la Clinica di Malattie Infettive l'accertamento di morte in pazienti sospetti/accertati Covid19 sarà effettuato dai medici nominati in via straordinaria per la situazione contingente.

Se la stanza in cui è stato assistito il paziente è:

- una stanza singola: la salma va isolata al suo interno;
- una stanza condivisa: la salma va isolata dagli altri degenti mediante idonei paraventi.

In ogni caso, la salma deve essere trattenuta in reparto per il minor tempo possibile.

Per consentire il trasferimento della salma in obitorio, il personale di reparto che ha prestato assistenza al paziente deve procedere secondo la seguente modalità:

- identificare la salma leggendo il braccialetto;
- avvolgere la salma nel lenzuolo/telino già presente sul letto barella imbevuto di soluzione disinfettante, es. ipoclorito di sodio (cloro attivo all'1% - 10.000 ppm) o altro disinfettante a base alcolica al 70%;
- riporre la salma all'interno del sacco a tenuta;
- cambiare i guanti esterni e registrare su cartellino identificativo i dati anagrafici completi;
- disinfettare l'esterno del sacco con soluzione disinfettante, es. ipoclorito di sodio (cloro attivo all'1% - 10.000 ppm) o altro disinfettante a base alcolica 70%;
- riporre il cartellino identificativo nella tasca portadocumenti o applicarlo con cura sulla superficie esterna del sacco;
- indossando un paio di guanti puliti, portare la barella dell'obitorio fino alla stanza in cui è presente la salma, traslare la salma (contenuta nel sacco) dal letto alla barella con l'utilizzo di easyslide/sollevatore e, quindi, consegnarla al personale dell'obitorio/servizio trasporto salme fuori dal reparto, dopo aver opportunamente disinfettato le parti potenzialmente contaminate della barella (maniglie di spinta, spondine, ruote) con le stesse soluzioni disinfettanti.
- il personale dell'obitorio/servizio trasporto salme non deve assolutamente entrare nella stanza/locale.

In caso di indisponibilità di sacchi a tenuta, si deve procedere secondo la seguente modalità:

- identificare la salma leggendo il braccialetto;
- avvolgere la salma nel lenzuolo/telino presente sul letto/barella imbevuto di soluzione disinfettante, es. ipoclorito di sodio (cloro attivo all'1% - 10.000 ppm);
- posizionare su una barella a trasporto un telo impermeabile ed un lenzuolo asciutto su cui collocare la salma avvolta dal lenzuolo imbevuto di disinfettante; confezionare;
- cambiare i guanti esterni;
- disinfettare l'esterno del telo impermeabile con soluzione disinfettante, es. ipoclorito di sodio (cloro attivo all'1% - 10.000 ppm) o altro disinfettante a base alcolica 70%;
- pinzare, contenuto in busta di plastica trasparente, il cartellino con anagrafica del paziente verificandone i dati identificativi;
- indossando un paio di guanti puliti, portare la barella dell'obitorio fino alla stanza in cui è presente la salma, traslare la salma dal letto alla barella con l'utilizzo di easyslide/sollevatore e, quindi, consegnarla al personale dell'obitorio/servizio trasporto salme fuori dal reparto, dopo aver opportunamente disinfettato le parti potenzialmente contaminate della barella (maniglie di spinta, spondine, ruote) con le stesse soluzioni disinfettanti.

Quindi:

- procedere alla sanificazione della stanza e di eventuali ausili utilizzati per la movimentazione della salma;
- procedere alla rimozione dei DPI ed all'igiene delle mani come da procedura aziendale.

Il personale dell'obitorio/servizio trasporto salme prende in carico la salma in reparto provvede al suo trasporto nei locali obitoriali ed alla successiva gestione.

Il personale addetto all'attività di trasporto, movimenterà la salma dal reparto all'obitorio indossando sopra la divisa idonei DPI; si raccomanda il lavaggio delle mani dopo la rimozione dei DPI utilizzati.

B. Documentazione e certificazioni

La documentazione deve essere gestita, quanto più possibile al di fuori della stanza di degenza e/o a rischio di contaminazioni:

- se non fosse possibile la gestione in ambiente pulito, al momento del decesso del paziente, la documentazione (per la Scheda Istat vedi punto dedicato) deve essere conservata in una zona del reparto non contaminata in busta chiusa sigillata per 5 giorni prima di poterla archiviare o inviare in Direzione medica;
- la documentazione (scheda di morte ISTAT, Modulo di accertamento di morte e Certificato necroscopico ad uso cremazione) deve essere **sempre** compilata in ambiente pulito e deve essere inviata in busta chiusa in Direzione medica, evidenziando che trattasi di decesso di paziente sospetto/accertato COVID-19;
- il personale della direzione provvederà all'invio della documentazione in formato digitale criptato al servizio di sorveglianza malattie infettive della Regione FVG;
- inviare la denuncia di decesso per malattia infettiva per l'attivazione del protocollo di sorveglianza sanitaria dei familiari/contatti.

C. Compilazione della Scheda ISTAT

INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA PARTE A IN PRESENZA DI COVID-19:

Riportare sempre il COVID-19

È importante riportare sempre l'informazione, confermata o sospetta, della presenza di COVID-19.

Se si ritiene che il COVID-19 abbia causato direttamente il decesso, riportare questa condizione in parte I, anche se non c'è una diagnosi confermata. Riportare comunque la condizione indicando "probabile" o "sospetta". Valutare se il COVID-19 è una probabile o sospetta causa di morte sulla base delle conoscenze e valutazioni al momento della compilazione. Se si è a conoscenza del fatto che è stato eseguito un test per COVID-19 riportare sul certificato il risultato (per esempio "Test per COVID-19 positivo").

Evitare il termine coronavirus perché non è sufficientemente specifico, in quanto non identifica in modo univoco il virus responsabile di COVID-19.

Come riportare il COVID-19

Quando un decesso è dovuto a COVID-19, questa condizione è probabilmente la causa iniziale di morte e quindi dovrebbe essere riportata sulla riga 1 della parte I del quesito 4 del certificato di morte. In molti casi, infatti, il COVID-19 porta a condizioni potenzialmente letali, per esempio la polmonite o la sindrome da distress respiratorio acuto. In questi casi, il COVID-19 deve essere riportato sulla riga 1 e le altre condizioni alle quali ha dato origine elencate sulle righe successive.

In alcuni casi, il COVID-19 può manifestarsi in maniera più severa in presenza di condizioni croniche preesistenti, come malattie circolatorie o tumori, o condizioni che provocano una riduzione della capacità polmonare, per esempio la bronco pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) o l'asma. Le condizioni mediche che possono aver aumentato il rischio di morire devono quindi essere riportate nella parte II del quesito 4.

Se il paziente non aveva particolari condizioni preesistenti, ma sembra sia stato particolarmente vulnerabile al COVID-19 o alle sue conseguenze a causa dell'età avanzata o della fragilità, menzionare queste condizioni nella parte II del quesito 4.

Se si ritiene che il COVID-19 non abbia causato direttamente il decesso, riportare questa condizione in parte II del quesito 4. In questo caso nella parte I si dovrà indicare esclusivamente la sequenza di condizioni che ha portato direttamente al decesso.

D. Gestione della salma in obitorio

In obitorio, la salma deve essere mantenuta all'interno del sacco e gestita senza ulteriori manovre e nel rispetto di quanto previsto agli articoli 18 e 25 del regolamento di polizia mortuaria per i cadaveri portatori di malattie infettive diffuse.

Il personale dell'obitorio deve comunicare ai servizi funebri individuati dalla famiglia che trattasi di paziente deceduto per malattia infettiva-diffusiva, in modo da poter rispettare quanto previsto dal sopracitato regolamento di polizia mortuaria.

Si sottolinea che i familiari del defunto, soprattutto, ma non solo, se sottoposti a quarantena, devono interagire con il personale dell'obitorio esclusivamente per via telefonica.

Nel caso in cui non sia stata effettuata la visita necroscopica prima del trasferimento della salma in obitorio, il medico necroscopo munito di adeguati DPI:

- effettua l'identificazione della salma attraverso la documentazione di accompagnamento sul sacco di trasporto; firma il tanatogramma fatto in reparto e accerta la realtà della morte. La salma viene immediatamente posta in duplice cassa di metallo e legno o, in caso di cremazione, in duplice cassa con barriera e legno.
- Non devono essere effettuate procedure di tanatoprassi né di vestizione.

Non è autorizzata l'esposizione della salma a cassa aperta ma sarà consentita, su esplicita richiesta, la sola visione del volto ai familiari stretti, cui saranno fatti indossare mascherina chirurgica e camice monouso e cui verrà fatta effettuare l'igiene delle mani prima e dopo il commiato. Ai familiari non sarà comunque consentito toccare la salma del congiunto.

Nel caso in cui sia necessaria la conservazione della salma in frigorifero, riservare sempre la/le stesse unità frigo alle salme sospette/accertate COVID-19 che vanno sanificate dopo l'utilizzo.

Per la disinfezione di superfici e locali devono essere utilizzate soluzioni a base alcolica al 70% o soluzioni con ipoclorito di sodio diluito allo 0,5%.

N.B.

- Il Medico Necroscopo, di concerto con la Direzione Medica Ospedaliera, valuta e dispone eventuali ulteriori provvedimenti per situazioni e casi specifici non contemplati nel presente documento.
- Nel massimo rispetto delle volontà del defunto e dei familiari, ai congiunti si consiglia la cremazione.

4.8.2 Presso il territorio

Richiesta di riscontro diagnostico

Per il decesso a domicilio o in struttura territoriale di paziente del quale viene riferita sintomatologia respiratoria nei giorni antecedenti l'exitus, andrà valutato dal medico curante* la necessità di procedere con la richiesta di un riscontro diagnostico (*si ribadisce che il medico necroscopo a norma di legge non può richiedere il riscontro diagnostico). Nel caso in cui sia confermata l'indicazione e la Direzione Ospedaliera territorialmente competente autorizzi il riscontro diagnostico, viene organizzato il trasferimento della salma all'obitorio del Presidio Ospedaliero all'uopo individuato.

Inoltre, entro 2 ore dal decesso va raccolto un tampone rinofaringeo preferibilmente prima del trasferimento della salma nelle strutture obitoriali (per le modalità di raccolta, conservazione ed invio si rimanda allo specifico paragrafo di questa procedura).

Il trasferimento della salma dal domicilio o da altre strutture allocate sul territorio (RSA, Case di Riposo, ...) agli Obitori dei Presidi Ospedalieri è da evitarsi tranne nei casi in cui il medico curante ritenga irrinunciabile richiedere il riscontro diagnostico; in tal caso la salma va posta all'interno di un doppio sacco chiuso da parte degli operatori delle onoranze funebri con idonei DPI, avendo cura di movimentare la salma il meno possibile ed evitando soprattutto compressioni sul torace.

Non richiesta di riscontro diagnostico

Per il decesso a domicilio o in struttura territoriale di un paziente del quale viene riferita sintomatologia respiratoria nei giorni antecedenti l'exitus, e nel caso in cui non risulti indicato il riscontro diagnostico, andrà valutata con il medico curante l'eventualità di procedere all'effettuazione di un tampone rinofaringeo (per le modalità di raccolta, conservazione ed invio si rimanda allo specifico paragrafo di questa procedura).

NB: In virtù dell'Ordinanza PR FVG n.1./2020/Salute i tempi minimi di osservazione e di intervento per l'esecuzione della visita necroscopica sono ridotti a 6 (sei) ore dalla constatazione di decesso.

Il medico necroscopo munito di adeguati DPI effettua l'identificazione della salma e accerta la realtà della morte.

Per quanto riguarda i decessi in strutture allocate sul territorio (RSA, Hospice, Case di Riposo, ...) vanno rispettate le stesse procedure adottate per i presidi ospedalieri.

In particolare, nel caso di decesso di un paziente sospetto/accertato COVID-19, la salma va isolata in stanza dedicata per l'osservazione o, in sua assenza, in camera singola ove è avvenuto il decesso. In ogni caso, la salma deve essere trattenuta in stanza per il minor tempo possibile.

Le modalità precauzionali di tutto il personale che entra in contatto con una salma di caso sospetto/accertato COVID-19 deve utilizzare gli stessi criteri dei pazienti viventi in particolare verificare la presenza di febbre e dispnea prima del decesso.

In particolare, tutto il personale nel momento in cui entra in contatto con la salma deve:

- avvisare il personale dei servizi funebri della causa di morte poiché le pratiche di base finalizzate al controllo delle infezioni devono integrare le normali modalità di trattamento delle salme;
- indossare indumenti protettivi: guanti, maschera preferibilmente FFP2, occhiali di protezione o visiera, cuffia, camice e grembiule impermeabile e copriscarpe;
- se non già presente, applicare una mascherina chirurgica alla salma ai fini di evitare fuoriuscita di liquidi o aerosol dagli orifizi;
- massima attenzione, quando si movimentava la salma, esercitando la minore pressione possibile su addome e torace per evitare l'espulsione di sostanze organiche dagli orifizi;
- una volta terminati gli accertamenti necessari ai fini necroscopici (accertamento della realtà della morte) e/o medico-legali, procedere con la preparazione della salma come riportato nella gestione della salma in ospedale;
- gli strumenti e tutte le superfici contaminate durante le procedure post-mortem devono essere sanificate utilizzando un disinfettante che abbia una efficacia virucida (es Antisapril®);
- tali casi devono essere segnalati al Servizio di Igiene del territorio affinché possa attivare il protocollo di sorveglianza dei familiari/contatti;
- i contatti con i familiari di una salma sospetta devono essere evitati: sono possibili i contatti telefonici e comunque i colloqui devono avvenire indossando i DPI e mantenendo le distanze raccomandate. In ogni caso si raccomanda di attenersi scrupolosamente al regolamento di Polizia Mortuaria vedi artt. 10, 11, 18, 25 e punto 7 della Circolare attuativa n. 24/1993.

Si raccomanda che i medici necroscopi informino i congiunti dell'importanza delle corrette procedure del lavaggio delle mani, e della necessità di evitare espressioni di affetto nei confronti del defunto/a; si richiama inoltre la necessità di arieggiare periodicamente i locali e di non affollarli mantenendo le distanze di sicurezza interpersonale di almeno 1 metro.

Nel massimo rispetto delle volontà del defunto e dei familiari, ai congiunti si consiglia la cremazione.

Al fine di evitare il rischio potenziale di esposizione per contatto con eventuali liquidi biologici, deve essere evitata la manipolazione delle salme/cadaveri soprassedendo alla vestizione ed avvolgendole nel lenzuolo imbevuto di soluzione disinfettante e inserendole in un sacco per contenimento del Rischio biologico per salme a rischio infettivo.

Non devono essere effettuate procedure di tanatoprassi né di vestizione e va pertanto evitata da parte del medico necroscopo anche l'eventuale procedura di espianto di un Pace Maker.

Riguardo all'esigenza di ottemperare o meno all'obbligo della doppia cassa, la salma andrà chiusa in duplice cassa di metallo e legno o, in caso di cremazione, in duplice cassa con barriera e legno.

(cfr DPR 285/90 "art. 31 -1. Il Ministero della sanità, anche su richiesta degli interessati, sentito il Consiglio Superiore di Sanità, può autorizzare, per i trasporti di salma da comune a comune l'uso per le casse di materiali diversi da quelli previsti dall'art. 30, prescrivendo le caratteristiche che essi devono possedere al fine di assicurare la resistenza meccanica e l'impermeabilità del feretro.")

Dopo la visita necroscopica e concluso il periodo di osservazione si procederà alla chiusura della cassa con apposizione dei sigilli. Non è ammesso il trasferimento della salma/cadavere a cassa aperta.

Art. 10. 1. Nei casi in cui la morte sia dovuta a malattia infettiva-diffusiva compresa nell'apposito elenco pubblicato dal Ministero della sanità o il cadavere presenti segni di iniziata putrefazione, o quando altre ragioni speciali lo richiedano, su proposta del coordinatore sanitario dell'unità sanitaria locale il sindaco può ridurre il periodo di osservazione a meno di 24 ore. Essendo stato eseguito ECG per 20 minuti si procede, (previa comunicazione al Sindaco da parte del direttore di presidio) all'immediato confezionamento del feretro in modo che i familiari non possano avere contatti diretti con il cadavere.

Art. 11. 1. Durante il periodo di osservazione il corpo deve essere posto in condizioni tali che non ostacolino eventuali manifestazioni di vita. Nel caso di deceduti per malattia infettiva diffusiva compresa nell'apposito elenco pubblicato dal Ministero della sanità il coordinatore sanitario dell'unità sanitaria locale adotta le misure cautelative necessarie.

Art. 18. 1. Quando la morte è dovuta ad una delle malattie infettive-diffusive comprese nell'apposito elenco pubblicato dal Ministero della sanità, il cadavere, trascorso il periodo di osservazione, deve essere deposto nella cassa con gli indumenti di cui è rivestito ed avvolto in un lenzuolo imbevuto di soluzione disinfettante. 2. È consentito di rendere al defunto le estreme onoranze, osservando le prescrizioni dell'autorità sanitaria, salvo che questa le vieti nella contingenza di manifestazione epidemica della malattia che ha causato la morte. 3. Quando dalla denuncia della causa di morte risulti che il cadavere è portatore di radioattività, la unità sanitaria locale competente dispone che il trasporto, il trattamento e la destinazione delle salme siano effettuati osservando le necessarie misure protettive di volta in volta prescritte al fine di evitare la contaminazione ambientale.

Art. 25. 1. Per i morti di malattie infettive-diffusive di cui all'apposito elenco pubblicato dal Ministero della sanità, l'autorizzazione al trasporto prevista dall'art. 24 può essere data soltanto quando risulti accertato che il cadavere, trascorso il periodo di osservazione, è stato composto nella duplice cassa prevista dagli articoli 30 e 31 seguendo le prescrizioni degli articoli 18 e 32. 2. Le disposizioni del presente articolo si applicano anche ai trasporti di cadaveri da o per l'estero previsti dagli articoli 27, 28 e 29 quando la morte sia dovuta ad una delle malattie infettive-diffusive di cui all'elenco previsto nel comma 1.

Circ. 24/1993

Punto 7.7. MALATTIE INFETTIVO- DIFFUSIVE. Per il trasporto di deceduti di malattie infettive-diffusive (art. 18 e 25), e per le esumazioni straordinarie delle relative salme (art. 84) l'apposito elenco pubblicato dal Ministero della sanità deve intendersi quello di cui all'art. 1 del decreto del Ministro della sanità 15 dicembre 1990 per le classi 1a, 2a e 3a dell'annesso allegato, nelle more dell'emanazione di uno specifico elenco da parte del Ministero della sanità. Si ricorda al riguardo che le prescrizioni sono da applicare unicamente nel caso di morte dovuta ad una delle malattie infettive diffuse comprese in tale elenco. Relativamente a quanto prescritto dall'art. 18 comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica n. 285/1990, e cioè che la salma del deceduto per malattia infettiva di cui all'apposito elenco pubblicato dal Ministero della sanità, dopo il periodo di osservazione, debba venire deposta nella cassa con gli indumenti di cui è rivestita, si deve intendere che è vietato svestire la salma degli indumenti che indossava all'atto del decesso, ma non è vietato rivestire la salma, e ciò sia quando essa sia nuda, sia quando essa sia vestita, purché in questo secondo caso i nuovi indumenti vengano posti sopra quelli che già indossa.

4.8.3 Risccontro diagnostico

L'esecuzione di alcune procedure durante l'autopsia possono favorire la produzione di aerosol, oltre che la fuoriuscita di liquidi organici.

L'autopsia è pertanto SCONSIGLIATA se non strettamente necessaria (ad esempio per obblighi medico-legali) ed andrà effettuata nel rispetto di specifica procedura aziendale.

Procedure non invasive, quali ad esempio la biopsia su cadavere, devono essere privilegiate.

4.8.4 Procedura di sanificazione

Va usata una soluzione di ipoclorito di sodio all'1% lasciandola agire per 15-30 minuti. Dopo lavare con acqua. Le superficie di metallo vanno sanificate con alcool etilico 70%.

Tutto il materiale monouso va smaltito come rifiuto sanitario.

4.9 STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI

L'impatto dell'emergenza COVID-19 sulle persone fragili, quali gli ospiti delle strutture residenziali per anziani, è motivo di attenzione costante da parte della Direzione centrale salute politiche sociali e disabilità della Regione FVG: l'obiettivo di mantenere quanto più possibile le persone anziane all'interno delle strutture della Regione dove sono ospitate, rende anche queste realtà parte integrante della rete territoriale dei servizi che sono chiamati a gestire i pazienti COVID-19.

L'evoluzione dell'epidemia nella Regione richiede una continua e attenta valutazione delle modalità di gestione del fenomeno e la conseguente progressiva ridefinizione delle configurazioni organizzative e dei processi gestionali.

La Direzione centrale salute politiche sociali e disabilità, quindi, ha delineato lo sviluppo graduale di una "Rete COVID per la gestione delle residenze per anziani" in cui i diversi soggetti coinvolti si integrano per garantire cure appropriate e sicure agli ospiti.

Per i contenuti specifici si rinvia alla consultazione dei seguenti documenti:

- 10 marzo 2020: "Linee per la Gestione dei casi di utente di struttura residenziale per anziani, con sospetta o accertata infezione COVID-19".
- 21 marzo 2020: "Prevenzione e gestione infezione COVID-19: Indicazioni operative per le Residenze socio-sanitarie per anziani". Versione 01.
- 06 aprile 2020: "Indicazioni organizzative e gestionali per l'emergenza COVID-19 nelle strutture residenziali per anziani" – aggiornamento. Versione 02.

Per questo tema si rinvia anche alla consultazione del documento emanato dall'Istituto Superiore di Sanità: Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni – COVID-19. *Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali sociosanitarie*. Versione del 17 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n.4/ 2020 Rev.).

4.10 INDICAZIONI PER ASPETTI SPECIFICI

4.10.1 Misure per Front office

Per Front Office si intende un qualunque sportello adibito alla comunicazione e all'accoglienza di un utente presso un servizio sanitario, il cui interlocutore è il personale sanitario o il personale amministrativo dedicato.

Al fine di limitare il possibile contagio sia del personale che degli altri utenti, si raccomanda:

- **che gli utenti che accedono alle strutture sanitarie indossino una protezione delle vie aeree;**
- **che gli utenti con sintomatologia respiratoria non accedano alla struttura sanitaria.**

Si prospettano tre scenari per il personale:

1. FRONT-OFFICE SCHERMATO con struttura di separazione (ad es. vetro) tra personale e utente:

- mantenere la propria postazione di lavoro dietro al divisorio;
- non far accedere l'utente all'interno della propria area di lavoro;
- se non necessario evitare il contatto diretto con l'utente.



2. FRONT-OFFICE NON SCHERMATO CHIUSO (ad es. stanza con porta), in cui si possano controllare ingressi ed uscite:

- assicurarsi che la porta della propria postazione lavorativa resti chiusa e che l'utente vi possa accedere solo su permesso del personale all'interno (porre sulla porta un cartello "Bussare e attendere");
- indossare / mantenere la mascherina chirurgica;
- far entrare una sola persona alla volta;
- invitare l'utente ad avvicinarsi, mantenendo sempre la distanza minima di un metro e, qualora non indossi già una mascherina chirurgica, gliela fornisce e lo invita ad utilizzarla;
- attua l'igiene delle mani dopo ogni contatto, diretto o indiretto, con l'utente.



3. FRONT-OFFICE NON SCHERMATO IN AMBIENTE APERTO (ad es. "bancone"/"reception") in cui non si possa controllare il flusso delle persone:

- indossare la mascherina chirurgica e la visiera protettiva anti-schizzo;
- invitare l'utente ad avvicinarsi, mantenendo sempre la distanza minima di un metro e, qualora non indossi già una mascherina chirurgica, gliela fornisce e lo invita ad utilizzarla;
- attua l'igiene delle mani dopo ogni contatto, diretto o indiretto, con l'utente.



4.10.2 Accesso personale esterno

Misure generali

I Direttori e i Coordinatori, o personale da loro individuato, delle strutture presso le quali accede **qualsiasi categoria di** personale esterno autorizzato, sono invitati a:

- valutare attentamente il numero di soggetti esterni ammissibili in funzione delle caratteristiche del proprio reparto/servizio, al fine di evitare assembramenti o sovraffollamenti dei locali;
- istruire il personale esterno a NON accedere alle strutture nelle seguenti situazioni: se egli è un caso accertato di SARS-CoV-2 o un contatto di caso, o in presenza anche di un solo sintomo suggestivo per SARS-CoV-2 (febbre, tosse, dispnea, diarrea, sincope, disgeusia, anosmia); in caso di insorgenza di tali sintomi durante il periodo di frequenza, avvertire al più presto il responsabile della struttura/tutor;
- dare adeguate informazioni circa i comportamenti e le precauzioni da adottare per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2;
- vigilare sull'osservanza da parte degli stessi delle misure per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2, in particolare rispetto all'utilizzo di idonei DPI, all'igiene delle mani;
- ove non tracciabile diversamente, tenere un **registro** delle presenze e delle sedi/ambulatori frequentati dal personale esterno, con specificato nome cognome e data di nascita, nonché contatto telefonico da utilizzarsi in caso di necessità; tale registro andrà conservato fino a successiva disposizione (**Allegato 07**).

Tutti gli operatori sono invitati a verificare l'adesione alle presenti prescrizioni, l'adozione delle misure preventive e in caso di difformità, e ad invitare tempestivamente gli inottemperanti a tenere comportamenti corretti.

L'accesso ad aree COVID è generalmente precluso al personale esterno; singoli casi possono essere valutati nello specifico in relazione a specifiche necessità contingenti dal Direttore della struttura.

Misure specifiche

In aggiunta alle misure generali sopra esposte, si riportano le misure specifiche per il personale esterno in funzione della categoria specifica e della frequenza degli accessi.

Medici in formazione specialistica e medici in formazione CEFORMED	È consentito l'accesso, nel rispetto delle misure di prevenzione e controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 indicate nel presente documento.
Equipe trapianti di altre Aziende	Vedi procedura specifica concordata con il Centro Regionale Trapianti, in modo da consentire che lo svolgimento delle attività avvenga in sicurezza.
Personale di ditte e servizi in appalto/convenzione (compresi trasporti secondari)	È consentito l'accesso a tutto il personale delle ditte e dei servizi in appalto o convenzione che effettuano manutenzioni ed interventi all'interno dell'Azienda, nel rispetto delle misure di prevenzione e sicurezza della diffusione di SARS-CoV-2.
Informatori farmaceutici	Prediligere sempre quando possibile l'effettuazione di colloqui in remoto. Se strettamente necessario il colloquio di persona, questo può essere effettuato solo su appuntamento e previa verifica che l'informatore non sia un caso positivo per SARS-CoV-2 o un contatto di caso, e che non presenti sintomi suggestivi per SARS-CoV-2 (febbre, tosse, dispnea, diarrea, sincope, disgeusia, anosmia).

FREQUENZA ACCESSI CATEGORIA	ACCESSO SALTUARIO / UNA TANTUM
Studenti, tirocinanti e personale in formazione ad essi assimilabile	Prima di ogni accesso, personale incaricato dalla struttura verifica che il soggetto non sia caso positivo per SARS-CoV-2 o un contatto di caso, e che non presenti sintomi suggestivi per SARS-CoV-2 (febbre, tosse, dispnea, diarrea, sincope, disgeusia, anosmia).
Volontari	
Personale di assistenza religiosa	
Medici provenienti da altre Aziende	
Specialist di prodotto(*) / Monitor	
Altri frequentanti	

FREQUENZA ACCESSI CATEGORIA	ACCESSO CONTINUATIVO (Quotidiano, a giorni alterni o per almeno 3 giorni consecutivi)
Studenti, tirocinanti e personale in formazione ad essi assimilabile	Si rinvia alla indicazioni di sintesi sottostanti, definite in accordo fra l'ASUFC e L'Università degli Studi di Udine. (*)
Medici provenienti da altre Aziende	Sottoposti a tampone presso la struttura di accesso. E' possibile accettare un referto negativo di tampone eseguito presso l'azienda di provenienza nei 2 giorni precedenti l'accesso.
Specialist di prodotto(*) / Monitor	Sottoposti a tampone presso la struttura di accesso.
Volontari	Sottoposti a tampone secondo il piano di sorveglianza del personale dipendente.
Personale di assistenza religiosa	Da valutare caso per caso con la Direzione Medica di Presidio.
Altri frequentanti	Da valutare caso per caso con la Direzione Medica di Presidio.

(*)

Accesso continuativo di studenti, tirocinanti e personale in formazione ad essi assimilabile

In considerazione della ripresa della frequenza degli studenti dei Corsi di Laurea per lo svolgimento dei tirocini e delle attività presso le strutture dell'ASUFC e il Centro di Simulazione e Alta Formazione (CSAF), sentita l'Università degli Studi di Udine, si procederà secondo le indicazioni seguenti.

	Accesso continuativo (si intende frequenza quotidiana, a giorni alterni o per almeno 3 gg consecutivi)
	Prima della riammissione/del primo accesso SORVEGLIANZA SANITARIA - Tutti gli studenti devono essere stati valutati del Medico competente ed essere in possesso di giudizio di idoneità - Prima di iniziare l'attività presso le Strutture dell'ASUFC gli studenti dovranno sottoporsi a test molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2 (il tampone viene effettuato presso le sedi di ASUFC sulla base dell'afferenza degli studenti ai relativi servizi di sorveglianza sanitaria e/o modalità definite da accordi tra le parti interessate) - Durante la loro frequenza, gli studenti saranno sottoposti a screening (tampone) secondo la cadenza definita dal protocollo regionale (ogni trenta giorni) come per il personale dipendente in accordo con il servizio di sorveglianza sanitaria e/o rischio infettivo, secondo modalità predefinite. → In caso di tampone negativo, lo studente può accedere alle strutture; → In caso di tampone positivo, si procede come indicato nel documento aziendale "indicazioni ad interim per la prevenzione e controllo dell'infezione da SARS-CoV-2". FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO Per accedere alle strutture aziendali, gli studenti dovranno frequentare: - corso FAD aziendale "Emergenza coronavirus. Procedure per il contenimento, la cura, la protezione emergenza da SARS-COV-19" - corso aziendale in presenza "Vestizione/Svestizione" - Formazione sulla sicurezza generale e specifica. Come definito negli accordi tra ASUFC e l'Università di Udine in tema di formazione per la sicurezza nei luoghi di lavoro, nelle more del raggiungimento del processo di implementazione del progetto di formazione sulla sicurezza secondo le indicazioni e il disposto dell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni 21.12.2011 in atto, sono considerati validi ai fini della ripresa delle attività di tirocinio i requisiti vigenti al momento della sospensione degli stessi per l'emergenza COVID-19, ovvero: a) per gli studenti di medicina: corsi FAD "Sicurezza nei luoghi di lavoro" e "Emergenza incendio" presenti nella piattaforma della formazione online di ASUFC; b) per gli studenti del secondo e del terzo anno delle professioni sanitarie: corsi sulla sicurezza sul lavoro svolti nell'ambito delle attività curriculari obbligatorie, con esame di profitto finale, e definite quale requisito si accesso alle attività professionalizzanti in base ai Regolamenti dei singoli corsi di studio; c) per gli studenti delle professioni sanitarie del primo anno aa
Studenti laureati/laureandi del corso di laurea in Medicina e Chirurgia di UNIUD	
Studenti laureandi dei Corsi delle Professioni sanitarie di UNIUD	

	2019-20 e coorti di anni successivi: "Corso sulla sicurezza" secondo le indicazioni e il disposto dell'accordo della Conferenza Stato-Regioni 21.12.2011 composto da: ▪ corso generale 4 ore ▪ corso formazione specifica 12 ore per le aziende ad alto rischio, settore Sanità La formazione sui rischi specifici di struttura verrà garantita come da procedura per il neoassunto da parte del tutor/preposto. ASPETTI GESTIONALI Al tirocinante, equiparato al lavoratore, presso la sede di tirocinio saranno forniti i DPI previsti. Il fabbisogno di DPI dovrà essere stimato in base al numero di studenti in accesso/sedi di tirocinio/procedure a cui gli studenti sono ammessi. Periodicamente verranno rivalutati gli afflussi di studenti in relazione a periodi/orari/sedi di tirocinio, anche in relazione alla situazione epidemiologica corrente al fine di evitare sovraffollamenti nelle strutture. PRIORITÀ DI ACCESSO Inizialmente accederanno gli studenti laureati/laureandi del corso di laurea in Medicina e Chirurgia (TPVES e Tirocini abilitanti postlaurea) e delle lauree Sanitarie del 3 anno che devono affrontare la prima sessione di laurea. Sulla base del monitoraggio dell'andamento degli accessi per evitare sovraffollamento, a seguire si procederà con: - studenti di lauree Sanitarie dei rimanenti anni (1-2 anno) con cadenze programmate concordate tra Corso di studi e azienda; - studenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia degli anni 3-4-5-6, da settembre secondo i periodi didattici programmati. ACCESSO CSAF Poiché gli accessi allo CSAF prevedono una frequenza di norma inferiore alle tre giornate consecutive, gli studenti dei Corsi di studio di Medicina, e delle lauree sanitarie accederanno alla struttura per le attività erogate dai Docenti e/o dai Tutor Didattici in accordo alle regole definite nel documento "Regole di Comportamento per all'accesso al Centro di Formazione ed Alta Simulazione" definito dalla SOC Affari Generali e Legali sentita la SOC di Accreditamento, Gestione e Rischio Clinico e Valutazione delle Performance sanitarie.
Tutor Didattici dei Corsi di Studio di cui al Protocollo di Intesa Regione/Università art. 11	I Tutor Didattici dei Corsi di Studio con funzioni di pianificazione, organizzazione e valutazione dei tirocini, potranno accedere alle strutture per lo svolgimento delle loro attività. A tal fine, in base alla durata della frequenza (continuativa o meno), i Coordinatori dei Corsi di studio segnaleranno l'esigenza di attivare la richiesta di accesso alla diagnostica (tampone) di cui sopra. Le indicazioni sopra citate per sorveglianza sanitaria, formazione e addestramento dovranno parimenti essere rispettate.
Dipendenti del Comparto iscritti al master in coordinamento o lauree magistrali	Il criterio di accesso dello studente di università esterne è l'esistenza/rinnovo di rapporto convenzionale. La domanda di accesso verrà valutata caso per caso per verificare le caratteristiche di accessibilità nella struttura/disponibilità di funzioni tutoriali/numerosità di frequentanti nel periodo richiesto. Le indicazioni sopra citate per sorveglianza sanitaria, formazione e addestramento dovranno parimenti essere rispettate.



Soggetti in formazione come Operatori sociosanitari - OSS	L'ammissione di tali soggetti dovrà essere autorizzata dalla Direzione a cui fa capo la procedura di gestione del tirocinio (Struttura Formazione e Valorizzazione del personale) e la Direzione delle Professioni Sanitarie al fine di armonizzare le presenze, i carichi di personale e agevolare e coordinare lo svolgimento delle procedure di frequenza con i responsabili delle strutture. Le indicazioni sopra citate per sorveglianza sanitaria, formazione e addestramento dovranno parimenti essere rispettate.
Medici veterinari iscritti alle Scuole di specializzazione	Le indicazioni sopra citate per sorveglianza sanitaria, formazione e addestramento dovranno parimenti essere rispettate.
Altri	Le indicazioni sopra citate per sorveglianza sanitaria, formazione e addestramento dovranno parimenti essere rispettate.

4.10.3 Accesso visitatori

Gli accessi ai visitatori nelle strutture di degenza sono previsti nel rispetto delle seguenti regole:

- consentire l'accesso ad 1 sola persona per paziente al giorno (possibilmente sempre la stessa, eventualmente modificabile se strettamente necessario); il nominativo va raccolto in fase di accoglimento del paziente o in pre-ricovero, se programmato;
- assicurare che non si creino assembramenti tra i visitatori: è consentita la presenza di 1 solo visitatore per stanza di degenza per un tempo di visita massimo di 10 minuti, nel rispetto delle misure di prevenzione e controllo dell'infezione COVID-19 (vedi prospetto sottostante); è possibile prevedere l'eventuale ampliamento della fascia oraria di visita della struttura per consentire il flusso dei visitatori e prediligere la visita su appuntamento, ove possibile;
- tracciare la presenza dei visitatori in reparto; il visitatore deve compilare come autocertificazione il modulo di triage (scheda Vis a Vis), che va conservato in reparto per 30 giorni (il modulo deve essere reso disponibile all'ingresso del reparto o scaricato da internet da parte dello stesso visitatore).

E' responsabilità del Direttore di Struttura assumere decisioni sulla selezione dei pazienti che, in base alle caratteristiche specifiche (es. pazienti disabili e fragili, pazienti in fin di vita, pazienti ostetriche, bambini, ecc...) possono prioritariamente ricevere le visite dei familiari / caregiver o per i quali prevedere formule diverse di presenza in reparto.

I criteri di selezione dei pazienti possono essere modulati in base al contesto della struttura (es. Oncologia, Ematologia, Nefrologia, ...).

In sintesi, i visitatori per accedere alle strutture di degenza devono essere **autorizzati** e:

1. COMPILARE IL MODULO SPECIFICO PER ESCLUDERE LA PRESENZA DI UNA INFEZIONE ACCERTATA / SOSPETTA COVID-19.	
2. RISPETTARE GLI ORARI DI ACCESSO E DI PERMANENZA STABILITI DALLA STRUTTURA DI DEGENZA.	
3. RISPETTARE LE SEGUENTI MISURE DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELL'INFEZIONE DA SARS-COV-2: - Mantenere almeno 1 metro di distanza fisica tra le persone; - Mantenere indossata la mascherina chirurgica; - Effettuare l'igiene delle mani con soluzione alcolica, come minimo all'ingresso e all'uscita del reparto; - Evitare di toccare le superfici nelle immediate vicinanze del paziente durante la visita.	

4.10.4 Servizi di culto e funzioni religiose

Il Protocollo siglato tra la Presidenza del Consiglio dei Ministri e la C.E.I. in data 17/05/2020 ed in vigore dal 18 maggio u.s., circa la ripresa delle celebrazioni con il popolo, consente la ripresa dei servizi religiosi presso i Presidi Ospedalieri.

Celebrazioni liturgiche con il popolo

Si raccomanda la piena aderenza alle disposizioni previste dal Protocollo in parola con particolare riguardo alla puntuale verifica di:

- rispetto del numero massimo di persone ammesse alle celebrazioni (in base alla capienza del locale interessato e alle indicazioni della Direzione Medica di Presidio interessata);
- mantenimento della distanza di sicurezza tra le persone presenti, pari ad almeno metri 1,50;
- corretto utilizzo della mascherina e delle soluzioni igienizzanti al momento dell'ingresso presso i luoghi di culto.

Servizio religioso presso le Camere Mortuarie

E'consentito il ripristino della funzione liturgica di benedizione dei deceduti prima della chiusura della bara ed in presenza dei famigliari nel rispetto:

- delle distanze di sicurezza tra tutti i presenti;
- dell'utilizzo esclusivo dell'aspersorio da parte del ministro di culto e rivolto solo alla benedizione del defunto;
- corretto utilizzo della mascherina e delle soluzioni igienizzanti.

Servizio pastorale e liturgico presso le Strutture di degenza

Allo stato attuale e fino a nuova indicazione si ritiene di consentire:

- distribuzione dell'Eucarestia solo su richiesta (solo i Sacerdoti in servizio presso i Presidi Ospedalieri aziendali);
- somministrazione dell'Estrema Unzione.

4.10.5 Gestione aule e sale / locali in occasione di riunioni con personale interno all'Azienda

La programmazione di ogni occasione che comporti la contemporanea presenza di più persone deve essere attentamente valutata, dopo aver escluso, in quanto impraticabile, la modalità di incontro in video conferenza.

A. Organizzazione degli spazi

Gli spazi vanno organizzati in modo da:

- far rispettare la distanza di sicurezza di almeno 1 metro tra le persone; a tal fine si raccomanda di lasciare minimo due postazioni libere tra gli occupanti di una stessa fila, inoltre l'occupazione delle file deve essere alternata (una fila occupata, una fila libera e così via); per le aule dotate di sedute mobili e non fisse, queste saranno preventivamente disposte in modo da garantire la distanza di sicurezza tra le varie postazioni;
- garantire la distanza di sicurezza anche anteriormente e posteriormente alla sedia accessibile, qualora presenti più file di sedie (alternare le sedute per file: una fila occupata, una fila libera e così via); per le aule dotate di sedute mobili e non fisse, queste saranno preventivamente disposte in modo da garantire la distanza di sicurezza tra le varie postazioni;
- minimizzare quanto più possibile la presenza di oggetti all'interno dei locali.

B. Regole di comportamento

L'organizzatore / gestore dell'incontro è tenuto a verificare il rispetto delle seguenti regole:

- Le persone con sintomi quali febbre, tosse, dispnea, diarrea, sincope, disgeusia, anosmia non devono accedere ai locali.
- Il numero dei partecipanti va contingentato in ragione delle dimensioni dei locali.
- L'ingresso e l'uscita dai locali devono essere scaglionati, prevedendo percorsi differenziati, ove possibile.
- Deve essere sempre rispettata la distanza di sicurezza tra le persone anche fuori dai locali.
- Rispettare i comportamenti di sicurezza riportati nel poster affisso nel locale, laddove presente.
- Chiunque presenzi all'incontro deve effettuare l'igiene delle mani (gel idroalcolico), come minimo al momento dell'ingresso e al termine dell'incontro.
- È obbligatorio l'uso costante della mascherina chirurgica.
- Evitare di toccarsi occhi, naso e bocca con le mani.
- Toccare meno superfici possibili.
- A fine incontro / riunione sanificare le superfici personalmente utilizzate (eventuali simulatori e manichini, scrivanie, sedie, tastiere, PC, mouse, telefoni, maniglie, penne, ecc.) usando le salviette indicate.
- Favorire il ricambio d'aria negli ambienti interni.

C. Dotazione minima per ogni evento

- Gel igienizzante per mani.
- Mascherine chirurgiche di scorta.
- Prodotto idoneo e materiale per la disinfezione delle superfici (es. Salviette Sani-Cloth Active®).

D. Formazione Sul Campo (FSC)

Le indicazioni sopra riportate si applicano anche alle attività di Formazione Sul Campo quali attività formative non altrimenti esercitabili a distanza (in quanto prevedono l'utilizzo di laboratori con macchinari e/o attrezzature e/o strumenti); erogabili a condizione: - che vi sia un'organizzazione degli spazi e del lavoro tale da ridurre al minimo il rischio di prossimità e di aggregazione; - che vengano adottate misure organizzative di prevenzione e protezione contestualizzate. Ciò in coerenza con la normativa nazionale e regionale vigente per la gestione della fase post emergenza da Covid-19.

Le attività di Formazione sul Campo – Gruppi di miglioramento, per definizione *on the job*, prevedono nella maggior parte dei casi gruppi omogenei di partecipanti (dipendenti della stessa struttura/azienda), che già operano costantemente condividendo i contesti di lavoro, la cui presenza agli incontri non implica ulteriori rischi di prossimità, è legata alle prassi di lavoro e di confronto tra professionisti sui temi clinico assistenziali ed è attestata di volta in volta, con firma, su apposito registro.

In caso di **partecipante esterno** non dipendente dell'ASUFC, prima che la persona abbia contatti con gli altri partecipanti, il Responsabile Scientifico o persona da lui delegata (Es. Responsabile della sessione formativa) provvederà alla rilevazione della temperatura corporea e farà compilare all'interessato il modulo di Triage Vis a Vis per la autodichiarazione di non presenza COVID-19, assenza di sintomi o eventuale contatto con caso di COVID-19 (Allegato 08, sezione B). Il modulo va conservato per 30 giorni.

Per tutti i casi di FSC svolta presso il Centro di Simulazione e Alta formazione si rinvia al Regole di Comportamento per all'accesso al Centro di Formazione ed Alta Simulazione.

4.10.6 Utilizzo automezzi aziendali

Le presenti indicazioni riguardano gli automezzi aziendali per trasferimenti dettati da esigenze di servizio in cui non sia previsto trasporto di pazienti o, comunque, di persone diverse dal personale aziendale (trasporti non a rischio Covid-19).

Sono compresi anche gli automezzi aziendali in uso condiviso o anche in uso occasionale a più dipendenti.

Il numero degli operatori a bordo deve essere ridotto il più possibile: il numero massimo di persone a bordo è di **tre** cercando di garantire una distanza appropriata tra gli occupanti all'interno dell'abitacolo. **Tutti gli occupanti devono indossare la mascherina chirurgica.**

Raccomandazioni generali per l'utilizzo dell'auto:

- **prima e dopo l'utilizzo** effettuare la pulizia delle superfici di contatto frequente (maniglie di apertura, volante, leva del cambio, cruscotto, sedile, etc.) con soluzioni detergenti e con soluzioni di cloro o alcooliche su panno; durante tali operazioni aprire completamente le portiere del veicolo ed assicurare il ricambio di aria necessario; utilizzare guanti e mascherina da cambiare al termine della pulizia;
- non utilizzare mai gli impianti di ventilazione e condizionamento dell'automezzo ad uso condiviso; privilegiare l'aerazione attraverso l'apertura dei finestrini;
- non toccarsi occhi, naso e bocca con le mani;
- igienizzarsi le mani con gel **idro-alcolico** prima di entrare e dopo essere usciti dal veicolo;
- utilizzare sempre i guanti monouso durante il rifornimento carburante effettuato in self-service;
- minimizzare al possibile la presenza di oggetti e attrezzature nell'abitacolo.

Dotazione minima disponibile presso ogni veicolo:

- numero sufficiente di mascherine chirurgiche;
- salviette disinfettanti (es. salviette Sani-Cloth Active®).

Dotazione minima per ogni uscita che l'operatore deve portare con sé:

- gel **idro-alcolico per l'igiene** delle mani;
- mascherine chirurgiche di ricambio.

Casi particolari:

Almeno una volta a settimana e in caso di accidentale trasporto a rischio (es. casi sospetti/confermati Covid-19) il mezzo deve essere sottoposto a sanificazione straordinaria da parte del personale individuato a tale scopo, presso le sedi distrettuali e le sedi di Pronto Soccorso dotati del sistema di sanificazione "HYGIENIO®".

4.10.7 Sanificazione mezzi trasporto sanitario

Per la sanificazione dei mezzi di trasporto sanitario di casi sospetti/accertati COVID-19, che giungano presso la sede del PO SMM di Udine, è messo a disposizione un punto per la sanificazione dei mezzi, per la svestizione e il cambio dei DPI dell'equipaggio (tenda fornita da Protezione Civile).

La comunicazione del tanto è stata trasmessa ai destinatari interessati a livello regionale.

I locali si trovano al Padiglione 9 "Scrosoppi – Malattie Infettive" al piano -1. L'accesso è previsto nell'area retrostante al padiglione stesso.

Presso l'area indicata è possibile:

- provvedere alla sanificazione dei mezzi
- effettuare le operazioni di svestizione, secondo le procedure in essere
- conferire a rifiuto i dpi ed i materiali utilizzati da smaltire
- accedere a servizi igienici.

I locali e gli spazi individuati sono:

- riservati al personale delle ambulanze con limitazioni di accesso da parte di altro personale non essenziale alle attività complementari;
- aperti e fruibili da parte del personale in servizio e dotati di idonea cartellonistica.

Nelle more di ulteriori provvedimenti:

- il materiale per la disinfezione del mezzo è a cura di ogni equipaggio, come pure i sacchi per il contenimento dei DPI già utilizzati;
 - il materiale di rifiuto potrà essere lasciato sul luogo, in sacchi chiusi e negli appositi spazi.
- Il recupero sarà garantito a cura di personale della ditta di pulizie, che provvederà anche alla sanificazione dei locali.

Il percorso di accesso all'area, considerato che non è ad uso esclusivo, deve essere effettuato con tutte le dovute cautele nelle manovre e moderando la velocità.

4.10.8 Impianti di ventilazione - climatizzazione

La qualità dell'aria "indoor" e il microclima possono rappresentare fattori chiave nella trasmissione di infezioni negli ambienti chiusi. Una ventilazione adeguata e un regolare ricambio d'aria, oltre che per mantenere condizioni di comfort, sono necessari per garantirne la salubrità riducendo la concentrazione di particolato e inquinanti di natura biologica.

Indicazioni generali.

Si raccomanda che:

- i sistemi di raffrescamento/riscaldamento ad aria vanno mantenuti sempre accesi in quanto una corretta portata di aria esterna favorisce la diluizione del bio-aerosol e riduce il rischio da contagio;
- nei locali serviti da Unità di Trattamento Aria centralizzate non devono essere aperte le finestre;
- nei locali dotati di *split* e *fan coil* deve essere agevolato il ricambio di aria naturale, aprendo le finestre per pochi minuti varie volte al giorno (possibilmente a porte chiuse) in funzione dell'occupazione;
- in caso di ventilazione naturale degli ambienti è essenziale mantenere chiuse le porte interne dell'edificio onde limitare la diffusione tra ambienti adiacenti;
- nei locali, in particolare in quelli alta occupazione, non bisogna porsi sul getto d'aria;
- la pulizia dei locali deve comprendere regolarmente la pulizia delle griglie di ventilazione.

Allo stato attuale, valutato il trend epidemiologico della diffusione di SARS-CoV-2 nella nostra Regione, con un indice $R^*t \leq 1$, la probabilità di presenza di un soggetto infetto nelle strutture sanitarie rimane bassa e di conseguenza il livello di rischio suggerito dall'ISS (Rapporto ISS COVID-19 n.33 del 25 maggio 2020) va da molto basso a moderato in funzione dell'occupazione, del tipo di occupanti (abituali/occasionali) e del tipo di attività.

La tabella che segue riporta le raccomandazioni operative da applicare secondo la tipologia di locale/attività e il tipo di impianto di ventilazione.

TIPOLOGIA DI LOCALE	IMPIANTO DI VENTILAZIONE CENTRALIZZATO (UTA)	VENTILCONVETTORI / FAN COIL	CLIMATIZZATORI SPLIT	IMPIANTO DI RAFFRESCAMENTO PORTATILE (AD ES. "PINGUINI")	VENTILATORI A PALE	NESSUN IMPIANTO
Uffici e aree con postazioni assegnate con occupanti abituali, con mobilità limitata e controllata	Esercizio alla massima portata; non necessario ricambio d'aria	Esercizio a portata ridotta con velocità in ambiente inferiore a 2 m/s; necessario ricambio d'aria almeno 2 volte per turno	Esercizio a portata ridotta con velocità in ambiente inferiore a 2 m/s; necessario ricambio d'aria almeno 2 volte per turno	Esercizio a portata ridotta con velocità in ambiente inferiore a 2 m/s; necessario ricambio d'aria almeno 2 volte per turno	Non azionare, salvo presenza di un solo occupante fisso nella stanza	Necessario ricambio d'aria almeno 2 volte per turno
Ambulatori/ diagnostica radiologica/ endoscopia	Esercizio alla massima portata; non necessario ricambio d'aria	Esercizio a portata ridotta con velocità in ambiente inferiore a 2 m/s; necessario ricambio d'aria almeno dopo ogni prestazione, durante la fase di sanificazione delle superfici	Esercizio a portata ridotta con velocità in ambiente inferiore a 2 m/s; necessario ricambio d'aria almeno dopo ogni prestazione, durante la fase di sanificazione delle superfici	Esercizio a portata ridotta con velocità in ambiente inferiore a 2 m/s; necessario ricambio d'aria almeno dopo ogni prestazione, durante la fase di sanificazione delle superfici	Non azionare	Necessario ricambio d'aria dopo ogni prestazione, durante la fase di sanificazione
Stanze di degenza/ sale travaglio	Esercizio alla massima portata; non necessario ricambio d'aria	Esercizio a portata ridotta con velocità in ambiente inferiore a 2 m/s; necessario ricambio d'aria almeno 3 volte/die e comunque dopo dimissione/trasferimento degente	Esercizio a portata ridotta con velocità in ambiente inferiore a 2 m/s; necessario ricambio d'aria almeno 3 volte/die e comunque dopo dimissione/trasferimento degente	Esercizio a portata ridotta con velocità in ambiente inferiore a 2 m/s; necessario ricambio d'aria almeno 3 volte/die e comunque dopo dimissione/trasferimento degente	Non azionare	Necessario ricambio d'aria almeno 3 volte/die e comunque dopo dimissione/trasferimento degente
Sale operatorie/ sale parto/ terapie intensive	Esercizio alla massima portata; non necessario ricambio d'aria	NON PRESENTI	NON PRESENTI	NON PRESENTI	NON PRESENTI	NON PRESENTI
Zone ristoro/ spogliatoi/ aree comuni per personale	Esercizio alla massima portata; non necessario ricambio d'aria	Esercizio a portata ridotta con velocità in ambiente inferiore a 2 m/s; necessario ricambio d'aria almeno 3 volte/die	Esercizio a portata ridotta con velocità in ambiente inferiore a 2 m/s; necessario ricambio d'aria almeno 3 volte/die	Esercizio a portata ridotta con velocità in ambiente inferiore a 2 m/s; necessario ricambio d'aria almeno 3 volte/die	Non azionare	Necessario ricambio d'aria almeno 3 volte/die

TIPOLOGIA DI LOCALE	IMPIANTO DI VENTILAZIONE CENTRALIZZATO (UTA)	VENTILCONVETTORI / FAN COIL	CLIMATIZZATORI SPLIT	IMPIANTO DI RAFFRESCAMENTO PORTATILE (AD ES. "PINGUINI")	VENTILATORI A PALE	NESSUN IMPIANTO
Palestre	Esercizio alla massima portata; non necessario ricambio d'aria	Esercizio a portata ridotta con velocità in ambiente inferiore a 2 m/s; necessario ricambio d'aria dopo ogni sessione di lavoro, durante la fase di sanificazione delle superfici	Esercizio a portata ridotta con velocità in ambiente inferiore a 2 m/s; necessario ricambio d'aria dopo ogni sessione di lavoro, durante la fase di sanificazione delle superfici	Esercizio a portata ridotta con velocità in ambiente inferiore a 2 m/s; necessario ricambio d'aria dopo ogni sessione di lavoro, durante la fase di sanificazione delle superfici	Non azionare	Necessario ricambio d'aria dopo ogni sessione di lavoro, durante la fase di sanificazione delle superfici
Sale d'attesa/ aree comuni per utenti/ corridoi	Esercizio alla massima portata; non necessario ricambio d'aria	Esercizio a portata ridotta con velocità in ambiente inferiore a 1 m/s; necessario ricambio d'aria almeno 3 volte/die	Esercizio a portata ridotta con velocità in ambiente inferiore a 1 m/s; necessario ricambio d'aria almeno 3 volte/die	Esercizio a portata ridotta con velocità in ambiente inferiore a 1 m/s; necessario ricambio d'aria almeno 3 volte/die	Non azionare	Necessario ricambio d'aria almeno 3 volte/die
Magazzini/ aree con al massimo un occupante per volta	Esercizio alla massima portata con velocità in ambiente inferiore a 2m/s; non necessario ricambio d'aria	Esercizio a portata ridotta con velocità in ambiente inferiore a 2 m/s; necessario ricambio d'aria almeno 1 volta/die	Esercizio a portata ridotta con velocità in ambiente inferiore a 2 m/s; necessario ricambio d'aria almeno 1 volta/die	Esercizio a portata ridotta con velocità in ambiente inferiore a 2 m/s; necessario ricambio d'aria almeno 1 volta/die	Non azionare, salvo presenza di un solo occupante fisso nella stanza	Necessario ricambio d'aria almeno 1 volta/die

4.10.9 Contatti aziendali

Di seguito si riportano i principali contatti telefonici per le comunicazioni interne, riferiti agli specifici ambiti territoriali dell'Azienda.

EX ASUIUD	Sede	Contatti
Direzione Medica di Presidio	PO SMM	0432.552203
Gruppo Rischio Infettivo	PO SMM	0432.559519 (int. 5519) 0432.554744 0432.552214 0432.554740
Medici Competenti	PO SMM	0432.559052 (int. 5052)
Clinica Malattie Infettive	PO SMM	0432.559399 (int. 5399) 0432.559427 (int. 5427)
Dipartimento di Prevenzione		0432.553264 email: sorveglianza.malattieinfettive@asufc.sanita.fvg.it

EX AAS3	Sede	Contatti
Direzione Medica di Presidio	Tolmezzo	0433.488424 0433.488213
	San Daniele	0432.949530
Gruppo Rischio Clinico / Infettivo		Cell. 333.2131945 Cell. 348.0006107
Medici Competenti	Tolmezzo	0433.488581
	San Daniele	0432.949838
Dipartimento di Prevenzione		0432.989513 email: segr.dip@asufc.sanita.fvg.it

EX AAS2	Sede	Contatti
Direzione Medica di Presidio	Latisana	0431.529307
	Palmanova	0432.921272
Gruppo Rischio Clinico / Infettivo	Latisana	0431.529446
	Palmanova	0432.921302
Medici Competenti	Latisana	0431.529305
	Palmanova	0432.911294
Dipartimento di Prevenzione		0432.921835 email: infettive.bassafriulana@asufc.sanita.fvg.it

5 Responsabilità

Si rinvia alle misure declinate nel testo del presente documento.

6 Terminologie e abbreviazioni

ASU FC	Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
BiPAP	Biphasic positive airway pressure
COVID-19	Coronavirus Disease
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
DPI	Dispositivi di Protezione Individuale
FFP2/ FFP3	Facciali Filtranti (Filtering Face Piece)
MMG	Medico di Medicina Generale
NIV	Non Invasive Positive Pressure Ventilation
PAPR	Powered Air Purifying Respirator
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PO SMM	Presidio Ospedaliero Santa Maria della Misericordia
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
SARI	Severe Acute Respiratory Infection
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome - Coronavirus 2

7 Riferimenti normativi e bibliografici

Oltre alla normativa vigente, si richiamano, in particolare:

1. DPCM 11 giugno 2020. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19.
2. Presidente Regione Autonoma FVG. Ordinanza contingibile e urgente n. 17/PC del 12 giugno 2020. Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019.
3. Presidente Regione Autonoma FVG. Ordinanza contingibile e urgente n. 16/PC del 03 giugno 2020. Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019.
4. Circolare del Ministero della Salute n. 11408 del 01/06/2020. Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19.
5. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19. Indicazioni sugli impianti di ventilazione/climatizzazione in strutture comunitarie non sanitarie e in ambienti domestici in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2. Versione del 25 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 33/2020).
6. Presidente Regione Autonoma FVG. Ordinanza contingibile e urgente n. 14/PC del 17 maggio 2020. Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019.
7. DPCM 17 maggio 2020. Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. Protocollo circa la ripresa delle celebrazioni con il popolo. Siglato in data 07/05/2020 tra la Presidenza del Consiglio dei Ministri e la C.E.I.
8. Circolare Ministero della Salute N.15280 del 02 maggio 2020. Indicazioni emergenziali connesse ad epidemia COVID-19 riguardanti il settore funebre, cimiteriale e di cremazione. (revisione post DPCM 26 aprile 2020).

9. WHO. Advice on the use of masks in the context of COVID-19: Interim guidance 05 Giugno 2020.
10. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale. (20A01558) (G.U. Serie Generale, n. 62 del 09 marzo 2020).
11. Regione Autonoma FVG – Direzione Centrale Salute e Politiche Sociali 30/04/2020 Indicazioni per il rientro al lavoro nelle attività non sanitarie.
12. Presidente Regione FVG. Ordinanza contingibile e urgente n. 10/PC. Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019.
13. Regione FVG. Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità. Indicazioni organizzative e gestionali per l'emergenza COVID-19 nelle strutture residenziali per anziani – aggiornamento. Versione 02 del 06/04/2020.
14. Regione FVG. Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità. Ordinanza n.1/2020. Misure urgenti in materia di igiene e sanità pubblica in relazione al contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019.
15. WHO. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages. Interim guidance. 6 April 2020 (Ref n. WHO/2019-nCov/IPC_PPE_use/2020.2)
16. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-COV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da covid-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2. Versione del 28 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n.2/ 2020 Rev.).
17. Circolare del Ministero della Salute. N. 11285 del 01/04/2020. Indicazioni emergenziali connesse ad epidemia COVID-19 riguardanti il settore funebre , cimiteriale e di cremazione.
18. World Health Organization. Infection prevention and control for the safe management of a dead body in the context of COVID-19: interim guidance. 24 march 2020. WHO reference number: WHO/2019-nCoV/IPC_DBMgmt/2020.1
<https://www.who.int/publications/i/item/infection-prevention-and-control-for-the-safe-management-of-a-dead-body-in-the-context-of-covid-19-interim-guidance>
19. Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità. Emergenza da COVID-19. Indicazioni in materia di attività funebre. Prot. n. 0007701/P del 20 marzo 2020.
https://www.regione.fvg.it/rafvig/export/sites/default/RAFVG/salute-sociale/COVID19/FOGLIA3/allegati/A_8.11_PERCORSO_SALME.PDF
20. Circolare del Ministero della Salute. N. 9774 del 20/03/2020. Annullamento e sostituzione della Circolare del Ministero della Salute n. 0009480 del 19 marzo 2020 "COVID-19: rintraccio dei contatti in ambito di sorveglianza sanitaria e aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio di casi di infezione da SARS-CoV-2."
21. WHO. Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected. Interim guidance 19 March 2020.
22. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19. Versione del 7 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n.1/ 2020).
23. Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Gestione dei Rifiuti. Indicazioni ad interim per la gestione dei rifiuti urbani in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus sars-cov-2. Versione del 14 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n.3/ 2020)"
24. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali sociosanitarie. Versione del 16 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n.4/ 2020)
25. DPCM 09 marzo 2020. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza

epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale. (20A01558) (G.U. Serie Generale, n. 62 del 09 marzo 2020).

26. DL 09 marzo 2020, n. 14. Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19. (20G00030). (G.U. Serie Generale, n. 62 del 09 marzo 2020).
27. Circolare del Ministero della Salute. N. 7922 del 09/03/2020. COVID-19. Aggiornamento della definizione di caso.
28. DPCM 08/03/2020. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20A01522) (G.U. Serie Generale, n. 59 del 08 marzo 2020).
29. DPCM 04 marzo 2020 ad oggetto "Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale".
30. Interim Guidance for Collection and Submission of Postmortem Specimens from Deceased Persons Under Investigation (PUI) for COVID-19, CDC, February 2020.
31. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute: Circolare Ministeriale 03/02/2020 – Indicazioni per gli operatori dei servizi/esercizi a contatto con il pubblico.
32. Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità. Ordinanza contingibile e urgente del Presidente della Regione n. 1/2020/Salute ai sensi dell'articolo 32 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833 recante misure urgenti in materia di igiene e sanità pubblica in relazione al contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019. 7 aprile 2020.
https://www.regione.fvg.it/rafvig/export/sites/default/RAFVG/salute-sociale/COVID19/FOGLIA3/allegati/A_8.23_ORDINANZA_1_2020_SALUTE_FVG_DD_07_04_2020.pdf
33. Centers for Disease Control and Prevention. Interim guidance for collection and submission of postmortem specimens from deceased persons under investigation (PUI) for COVID-19, February 2020. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/85937>
34. Department of Health Hospital Authority Food and Environmental Hygiene Department. Precautions for Handling and Disposal of Dead Bodies. The 10th edition, 2014 (Last reviewed: February 2020). <https://www.chp.gov.hk/files/pdf/grp-guideline-hp-ic-precautions-for-handling-and-disposal-of-dead-bodies-en.pdf>
35. Conferenza Stato-Regioni del 09.11.2017: Approvazione, ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lett. z) del decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81, delle "Linee guida per la prevenzione del rischio biologico nel settore dei servizi necroscopici, autoptici e delle pompe funebri". (SALUTE). Repertorio Atti n.: 198/CSR del 9 novembre 2017. <http://www.regioni.it/sanita/2017/11/14/conferenza-stato-regioni-del-09-11-2017-approvazione-delle-linee-guida-per-la-prevenzione-del-rischio-biologico-nel-settore-dei-servizi-necroscopici-autoptici-e-delle-pompe-funebri-538937/>

Sitografia:

- <https://www.aicoitalia.it/coronavirus/2020/vestizione-sterile-per-intervento-chirurgico-in-paziente-sospetto-o-covid-19/>
- <https://www.aicoitalia.it/coronavirus/2020/svestizione-sterile-dopo-intervento-chirurgico-in-paziente-sospetto-o-covid-19/>
- https://docs.google.com/document/d/16uwMGAIxPYGAdPDcd_C4-e7azAULVIetOb-ODNd1W9A/edit

8 Documenti interni collegati

- Informative / locandine / poster scaricabili da intranet aziendale (sezione "Coronavirus).

9 Allegati

ALL_01 Versione n.07	Sintesi utilizzo DPI e misure di protezione per la prevenzione del contagio da SARS-CoV-2 per contesto lavorativo e destinatari dell'indicazione (come da Rapporto ISS COVID-19 n.2/2020)
ALL_02 Versione n.01	Lista Contatti Operatore
ALL_03 Versione n.01	Lista Contatti Paziente
ALL_04 Versione n.01	Indicazioni per l'isolamento di persone con infezione confermata da COVID-19 che non richiedono ospedalizzazione e per la contumacia/quarantena di soggetti identificati come contatti stretti di persone con infezione confermata da COVID-19
ALL_05 Versione n.01	Indicazioni per la gestione dei rifiuti domestici
ALL_06 Versione n.01	Gestione operatori sanitari ai fini della prevenzione e controllo dell'infezione da SARS-CoV-2
ALL_07 Versione n.01	Registro degli accessi
ALL_08 Versione n.02	Scheda di screening clinico anamnestica per individuazione dei casi sospetti di infezione da COVID-19 (Pre-Triage e Triage vis a vis)