

## **PIANO OPERATIVO DI POTENZIAMENTO DELLA RETE DI ASSISTENZA TERRITORIALE**

Di seguito si indicano in relazione agli aspetti di sorveglianza epidemiologica, delle misure di controllo del contagio e della presa in carico della patologia da parte della rete di assistenza territoriale, le azioni e l'organizzazione finalizzate al potenziamento della rete stessa nell'attuale fase 2 della Pandemia COVID 19.

### **A. SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA E MISURE DI CONTROLLO**

L'evoluzione del quadro epidemiologico ha visto quale effetto delle azioni di contenimento e controllo dei contagi poste in essere in regione Lombardia, in particolare le imposizioni di distanziamento sociale, una discesa della curva dei nuovi casi.

Le indicazioni nazionali e regionali emanate ed attualmente in vigore sono finalizzate a:

- a. Incrementare sensibilità ed efficienza nell'intercettare i nuovi casi e i cluster mettendo prontamente in atto interventi di controllo (DGR 2986 del 23/3/2020; DGR 3114 del 7/5/2020 e DGR 3323 del 30/6/2020) e l'utilizzo degli strumenti di diagnosi/screening di infezione da Sars-CoV-2 (DGR 3131 del 12/5/2020);
- b. Descrivere l'andamento dell'epidemia, monitorando e individuando i segnali dell'insorgenza di situazioni di rischio di incremento della diffusione della malattia; fornire al Decisore le indicazioni utili in relazione alla necessità di interventi limitativi, anche a valenza locale (DGR 3243 del 16/6/2020 e DGR 3323 del 30/6/2020).

#### **Sistema di sorveglianza, diagnosi e controllo dell'infezione da SARS-CoV-2**

*Riferimento atti regionali:*

*DGR 2986 del 23/3/2020*

*DGR 3114 del 7/5/2020*

*DGR 3131 del 12/5/2020*

*DGR 3243 del 16/6/2020*

*DGR 3323 del 30/6/2020*

*Si confermano le indicazioni di cui agli atti sopra citati*

*Negli allegati se ne ripartano gli elementi principali riferiti a:*

- *Flusso segnalazioni comprensivo degli attori coinvolti e contact tracing (sub allegato 1);*
- *Disposizione per il controllo: isolamento, modalità di realizzazione (sub allegato 2);*
- *Sistema informativo a supporto (sub allegato 3).*

**Di seguito si specificano le ulteriori misure da attuare a completamento delle azioni già in essere implementare in fase 2.**

**a. Incrementare sensibilità ed efficienza nell'intercettare i nuovi casi e i cluster mettendo prontamente in atto interventi di controllo (DGR 2986 del 23/3/2020; DGR 3114 del 7/5/2020**

**e DGR 3323 del 30/6/2020) e l'utilizzo degli strumenti di diagnosi/screening di infezione da Sars-CoV-2 (DGR 3131 del 12/5/2020)**

**a.1 - Processi integrati di segnalazione e sorveglianza casi e contatti e strumenti di connessione informatica.**

Punto cardine della diagnosi è l'esecuzione dei tamponi per la conferma di caso; il *contact tracing* è l'attività che sta alla base del contenimento dei casi secondari

I Test molecolari per la ricerca di RNA virale sono effettuati:

- *Per diagnosi*
  - soggetto segnalato come caso sospetto
  - contatto di caso individuato a seguito di inchiesta epidemiologica con particolare attenzione ai contatti stretti
- *Per accertare la guarigione* di caso (doppio tampone negativo a distanza di 24 ore)
- *Per screening*

La DGW è impegnata a valutare e a recepire ulteriori strumenti innovativi che vengono resi disponibili dalla ricerca scientifica da utilizzare durante gli screening.

**È in capo alla ATS- Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria DIPS il coordinamento dell'attività di gestione della sorveglianza dei casi e dei contatti** come da indicazioni nazionali e regionali.

A tal fine sono definiti attori, flussi e supporti informatici per garantire l'intero processo *segnalazione - esecuzione tampone – isolamento e monitoraggio clinico - esito* come descritto negli allegati 1 e 3.

ATS effettua sorveglianza telefonica, almeno ad inizio e fine quarantena, per tutti i casi ed ai contatti stretti, fermo restando il monitoraggio clinico a domicilio (o analogo) in capo al MMG/PLS anche con sistemi a distanza (vedi *Cruscotto* – sub allegato 3) e avvalendosi del supporto della USCA e ADI COVID-19.

Di seguito si precisa che:

- La gestione operativa dei punti di offerta del test molecolare è in capo agli erogatori (ASST/EEPA); alla ATS compete, nell'ambito del Coordinamento per la Rete Territoriale CRT (vedi oltre), assicurare che queste attività corrispondano agli effettivi fabbisogni in termini di volumi, di dislocazione territoriale e di tempistiche, così come previsto anche nei possibili scenari epidemiologici, di concerto con le strutture erogatrici del territorio ed in relazione agli azionamenti già definiti a livello regionale;
- Il tampone deve essere eseguito entro massimo 48 ore dalla segnalazione di caso sospetto, fatte salve le differenti tempistiche legate al percorso per la definizione di caso guarito;
- Il tampone in ambito extra ospedaliero, a partire da settembre, (verrà data comunicazione formale alla ATS), verrà prenotato direttamente da parte di MMG/PLS/MCA, medici USCA, Medici Competenti, medici delle Strutture socio –

sanitarie residenziali, contestualmente alla segnalazione su sMAINF<sup>1</sup>. La prenotazione del tampone contestuale all'inserimento della segnalazione di sospetto caso in sMAINF da parte di MMG/PLS/MCA, medici USCA, Medici Competenti, medici delle Strutture socio sanitarie residenziali, è finalizzata a garantire entro 48 ore l'esecuzione del tampone. Quando il sistema informatico sarà a regime, la prenotazione per ogni caso segnalato come sospetto, dovrà avvenire obbligatoriamente da parte del segnalante; in sMAINF verrà integrato il sistema di richiesta dei tamponi sia domiciliari che ambulatoriali, prevedendone l'erogazione da parte sia delle ASST che dei laboratori privati accreditati che dovranno fornire specifici slot per le prenotazioni. L'individuazione della sede del prelievo potrà avvenire con criteri di georeferenziazione rispetto alla residenza del paziente ovvero in base agli azionamenti dei laboratori. Verranno date contestualmente indicazioni per la prenotazione dei tamponi per attestazione della guarigione.

- Al fine di evitare richieste inappropriate di tamponi (ad esempio per contatti di sierologico positivo, per eseguire viaggi all'estero) sarà attivata una valutazione *ex post* dell'appropriatezza delle richieste di esecuzione del test.
- L'ATS organizza altresì, d'intesa con ASST ed EEPA, l'esecuzione dei test al domicilio mediante USCA, ADI/ADI COVID-19, infermiere di comunità/di famiglia a seguito di segnalazione del MMG/PLS/MCA.

#### **a. 2 – Potenziamento dell'offerta di strutture per l'isolamento**

L'isolamento dei casi sospetti e successivamente accertati, nonché dei contatti di caso costituisce l'intervento principe per il controllo dell'insorgenza di casi secondari e quindi di cluster.

Per le attuali indicazioni si rinvia alle DGR citate ed all'allegato 2.

Fattore limitante della quarantena è la disponibilità di spazi abitativi e supporti del contesto sociale che ne garantiscano la effettiva realizzazione.

A fronte delle segnalazioni che pervengono dai diversi soggetti coinvolti, sia dell'area sociale che dell'area sanitaria di inadeguatezza delle condizioni necessarie a realizzare il corretto isolamento, ATS valuta la segnalazione e se del caso ne dispone l'effettuazione presso struttura dedicata.

Si rende pertanto necessario disporre sul territorio di soluzioni alternative al domicilio laddove lo stesso non fornisca condizioni adeguate a effettuare il corretto isolamento del soggetto.

Si richiama la legge 17 luglio 2020, n 77 con particolare riguardo all'art. 1 commi 2, 3, 4 e 4bis.

Ogni ATS, sentiti in proposito le disponibilità dei comuni, delle associazioni presenti sul territorio di competenza che offrono eventuali soluzioni, d'intesa con una o più ASST e con i comuni interessati, definisce entro 45 giorni dalla deliberazione del presente atto, un progetto, le relative tempistiche di realizzazione e i costi per:

---

<sup>1</sup> Per ATS Milano si prevede la riconduzione del sistema home made al sMainf secondo tempi e modalità che verranno concordate successivamente

- individuare le strutture ove inviare i soggetti per l'isolamento obbligatorio, nel caso in cui vi sia difficoltà a garantire un isolamento adeguato per non idoneità dell'alloggio, assenza di rete sociale, per ridotta autonomia del soggetto ecc.;
- definire la modalità di assistenza e di cura che metta in campo le risorse infermieristiche (infermiere di famiglia/comunità, ADI/ADI COVID, ecc.) e mediche (MMG/PLS/MCA; USCA) coerenti con le tipologie di soggetti Covid-19 isolati, (nuovi casi, dimessi ancora positivi, sia asintomatici che paucisintomatici);
- erogare i servizi alberghieri e di gestione della struttura.

In sintesi si possono pertanto prevedere due tipologie di strutture

- Strutture alberghiere o simili destinate a soggetti asintomatici/paucisintomatici, autonomi che non hanno condizioni abitative idonee o vivono in comunità, nelle quali è necessario un presidio di sorveglianza sanitaria di base, che non comporta la presenza continuativa medica o infermieristica;
- Strutture residenziali che permettano di assistere pazienti dimessi dall'ospedale o che comunque non possano effettuare l'isolamento domiciliare in condizioni di sicurezza.

ATS e ASST interessate trasmettono per la validazione il progetto alla DG Welfare; è possibile definire un progetto congiunto tra diverse ATS.

In previsione di una seconda ondata che renderebbe necessario l'isolamento preventivo dal contesto familiare del personale sanitario/ sociosanitario (a tutale sia del personale stesso sia dei loro famigliari) si indica alle ASST di prevedere soluzioni recettive alberghiere per il proprio personale - come previsto dalla DGR 2986/2020 – non in grado di avere un isolamento efficace presso la propria abitazione.

### **a. 3 - Effettuazione di interventi di screening/carotaggi**

Si fa riferimento a quanto previsto nella DGR 3323 del 30/6/2020, e si indicano di seguito gli interventi prioritari, la cui organizzazione è in capo alla ATS:

- effettuazione di screening mediante tampone nasofaringeo ai lavoratori impiegati:
  - nel comparti agricolo, alberghiero/ricettivo e della ristorazione in prevalenza stagionali, anche tenuto conto delle condizioni abitative temporanee con elevata promiscuità sociale,
  - nei poli logistici di distribuzione, stante l'elevata esposizione in territori con diversi profili di rischio epidemiologico;
  - nel trasporto pubblico;
  - al personale che assiste al domicilio soggetti anziani/fragili (badanti);
  - a lavoratori per i quali la ATS rileva contestualmente situazioni di rischio nell'ambito lavorativo e condizioni abitative temporanee con elevata promiscuità sociale;
  - al personale sanitario anche convenzionato e socio sanitario come da precedenti indicazioni;

- valutazione su base geografica a seguito di georeferenziazione dei casi di cluster con offerta strutturata agli abitanti in coerenza con quanto definito dalla DGR 3323/2020;
- effettuazione di tampone nasofaringeo entro la fine della quarantena a cittadini di rientro da nazioni per le quali vige l'obbligo di quarantena all'arrivo in Italia.

Le indicazioni operative per la loro attuazione uniforme sul territorio regionale verranno di volta in volta indicate dalla DG Welfare.

Salvo particolari situazioni che verranno valutate da ATS d'intesa con la DG Welfare, termina entro il mese di agosto l'esecuzione di test sierologici con valenza epidemiologica effettuata dal SSR.

Si conferma l'indicazione dei percorsi di screening in particolari collettività di soggetti come da DGR 3131/2020, rinviando a successivi indirizzi regionali l'indicazione ad utilizzare altre modalità di testing in relazione alla compliance degli utenti (es. pazienti disabili, dell'area della salute mentale, NPIA e dipendenze, ecc.).

Riguardo ai test erogati extra-SSR, si richiama quanto già indicato in DGR 3131/2020 circa la necessità che le strutture che li propongono raccolgano il consenso informato anche alla esecuzione del test molecolare per chi risulta positivo e vi provvedano direttamente.

Sia per i test di ricerca RNA (tamponi) sia per i test sierologici effettuati con metodiche CLIA ed ELISA si ricorda l'obbligo di invio dei dati a Regione Lombardia anche per quelli eseguiti privatamente (vedi nota Protocollo G1.2020.0021565 del 28/05/2020 per le indicazioni tecniche di invio) .

Per quanto riguarda la riapertura in presenza delle attività scolastiche e dei servizi per l'infanzia si rinvia alle indicazioni dei Ministeri competenti espressi sulla base del parere del CTS nazionale e della Conferenza Stato Regioni e PPAA, anche a seguito delle quali saranno predisposti gli indirizzi regionali.

**b. Descrivere l'andamento dell'epidemia, monitorando e individuando i segnali dell'insorgenza di situazioni di rischio di incremento della diffusione della malattia; fornire al Decisore le indicazioni utili in relazione alla necessità di interventi limitativi, anche a valenza locale (DGR 3243 del 16/6/2020 e DGR 3323 del 30/6/2020).**

**b.1 - Partecipazione di regione Lombardia allo studio coordinato da ISS sulla ricerca e monitoraggio di SARS-CoV-2 nelle acque reflue, e promosso da WHO.**

L'Istituto Superiore di Sanità ha di recente messo a punto e caratterizzato metodiche di campionamento, estrazione e rivelazione di RNA di SARS-COV-2 in acque reflue. L'analisi di campioni di acque reflue, prelevate in entrata di impianti di depurazione asserviti a reti fognarie urbane, ha consentito di rilevare le tracce del virus in diverse aree del territorio nazionale nel corso dell'epidemia conclamata e, inoltre, mediante indagini retrospettive su campioni di archivio, di evidenziare la circolazione del SARS-COV-2 in aree del nord Italia in periodi antecedenti l'evidenza epidemica della COVID-19.

I risultati degli studi condotti in ambito nazionale, coerenti con molteplici evidenze della recente letteratura internazionale, confermano le potenzialità della sorveglianza ambientale dei reflui per SARS-COV-2.

Su tali basi l'ISS ha elaborato la proposta di azione dal titolo: "Sorveglianza ambientale di SARS-CoV-2 attraverso i reflui urbani in Italia: indicazioni sull'andamento epidemico e allerta precoce (acronimo: SARI)", sottoponendola alla DG Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute e al Coordinamento Interregionale della Prevenzione.

ISS ha raccolto nel mese di giugno la disponibilità a partecipare al progetto di laboratori di analisi, università e centri di ricerca, gestori del servizio idrico integrato o di depuratori di acque reflue, ha definito un protocollo di analisi a cui attenersi. Contemporaneamente numerosi gestori stanno raccogliendo campioni di reflui urbani da rendere disponibili per l'analisi.

Il progetto di ISS è articolato in due fasi:

Una prima fase – da avviare in estate – focalizzata su una rete pilota di siti prioritari (ad esempio, località turistiche).

Una seconda fase – da attivare possibilmente a ottobre 2020 – prevede una rete di sorveglianza estesa a livello nazionale, focalizzata sugli aggregati urbani, e con la possibilità di realizzare anche monitoraggi flessibili e capillari (es. quartieri cittadini) funzionali alle necessità di prevenzione sanitaria delle diverse aree territoriali, in base agli scenari epidemiologici.

Con specifico atto Regione Lombardia istituisce la *Rete lombarda per la Sorveglianza ambientale di SARS-CoV-2 attraverso i reflui urbani*.

## **b.2 - Monitoraggio epidemiologico per l'individuazione degli alert di ripresa dell'epidemia e azioni conseguenti.**

La Struttura Malattie infettive, vaccinazioni e performance prevenzione della DGW rende disponibili quotidianamente i dati di incidenza, di insorgenza dei cluster, di ricovero. Le informazioni sono disponibili con il massimo possibile di dettaglio, fino alla georeferenziazione.

Sono altresì raccolti indicatori di carico sul sistema di PS/ricovero che pervengono dal sistema di emergenza urgenza.

La Commissione di cui alla DGR 3243 del 16/6/2020 valuta settimanalmente gli indicatori previsti dal Ministero della Salute – ordinanza 30/04/2020: tale informazione consente la classificazione del rischio regionale da parte dell'ISS.

Sono altresì posti all'attenzione della commissione l'insorgenza di cluster e condivisi gli interventi di estensione della ricerca dei contattati (screening) ed i carotaggi territoriali.

Per intervenire rapidamente con un cambio di azioni per il contenimento, è necessario identificare indicatori sensibili e disponibili in continuo, in grado di descrivere i cambiamenti del profilo epidemiologico, il carico sulle strutture di ricovero, sia ospedaliere che delle strutture residenziali sociosanitarie, definendo preventivamente, ove possibile, cut-off e azioni di controllo da implementare e/o da riorientare.

Con apposito Decreto la DG Welfare definisce la lista degli indicatori ed i cut-off da aggiornarsi sulla base di nuove evidenze scientifiche e di eventuali indirizzi nazionali. Analogamente, d'intesa con la Commissione di cui alla DGR 3243/2020, si procederà alla individuazione di differenti scenari di incidenza COVID-19 a cui si assoceranno proposte di azioni di sorveglianza e controllo (da contenimento e repressione dei focolai a mitigazione della diffusione del virus) coerenti con l'evoluzione epidemiologica.

## **B. POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI ASSISTENZA TERRITORIALE**

In premessa si richiamano i differenti ruoli definiti dalla l.r. 33/2009 per ATS (deputate ad attuare la programmazione regionale sul territorio di competenza avvalendosi dei soggetti erogatori pubblici e privati) e per ASST (quali erogatori di tutte le prestazioni al fine di assicurare i LEA), e la necessità che nelle differenti funzioni sia realizzato un lavoro sinergico per il raggiungimento degli obiettivi comuni di salute della popolazione.

In relazione all'emergenza COVID-19, gli obiettivi di seguito individuate sono primariamente il potenziamento dei sistemi di monitoraggio e sorveglianza in capo alla medicina del territorio, attivazione/implementazione dei modelli assistenziali innovativi per la gestione dei casi, l'organica integrazione dei diversi soggetti - ATS, ASST, Comuni e Piani di zona ecc.

In situazioni di emergenza epidemica/pandemica, **ogni ATS assume il ruolo di direzione organizzativa degli interventi previsti negli atti regionali di indirizzo, garantendone la pianificazione, i processi e i sistemi di controllo.**

A tal fine, in ogni territorio di competenza, le Agenzie per la Tutela della Salute, attivano e assumono la direzione dello specifico tavolo di **Coordinamento per la Rete Territoriale (CRT)** nel quale sono rappresentati le diverse componenti, anche professionali, dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria pubblica e privata accreditata, le rappresentanti della Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, i Comuni e i Piani di Zona, prevedendo delle articolazioni legate ad una suddivisione territoriale di minori dimensioni (rif. Distretto).

In base ad eventuali specifiche problematiche di carattere organizzativo tecnico-scientifico sanitario, sociosanitario, sociale o di pubblica sicurezza la partecipazione al CRT potrà essere estesa ad ulteriori componenti anche in via permanente. Per le specifiche competenze il CRT si raccorda con la Prefettura.

Nell'ambito del CRT i Comuni vengono informati in relazione agli interventi messi in atto per la gestione dei casi presenti sul loro territorio con particolare riguardo ad eventuali cluster, concordando in quest'ambito il contributo fornito dalla rete sociale e sull'attivazione di eventuali campagne di screening.

Fermo restando il flusso delle informazioni garantite ai Comuni per il tramite delle Prefetture, si procederà ad attivare uno specifico profilo di accesso al Cruscotto Sorveglianza.

Le funzioni che devono essere assolte dal CRT sono ricomprese nella Legge 17 luglio 2020, n. 77 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19".

In particolare, si richiamano:

- l'attivazione/implementazione dell'assistenza domiciliare, per pazienti in isolamento anche ospiti presso strutture assimilabili al domicilio (alberghiere, ecc.) garantendo adeguato supporto sanitario per il monitoraggio e l'assistenza dei pazienti, nonché il supporto per le attività logistiche di ristorazione e di erogazione dei servizi essenziali. L'attivazione/implementazione dell'assistenza domiciliare potrà essere garantita anche presso strutture nelle quali l'assistenza medica è in capo ai MMG/PLS (esempio: CSS, comunità socio-assistenziali, ecc);
- l'incremento e l'indirizzo delle azioni di monitoraggio, terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare non solo dei soggetti contagiati, ma anche di tutte le persone fragili la cui condizione risulta a maggior rischio per l'emergenza epidemiologica da COVID-19 quali, ad esempio i soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative e di terapia del dolore, ecc.;
- il rafforzamento dei servizi infermieristici, con l'introduzione dell'infermiere di comunità (come previsto dalla DGR 3377 del 14/07/2020);
- il potenziamento della funzionalità delle USCA, consentendo, oltre ai MCA, anche ai medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni di far parte delle stesse, fermo restando la priorità di contenimento delle liste di attesa delle visite ambulatoriali;
- lo sviluppo della valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e l'integrazione con i servizi sociali e sociosanitari territoriali a supporto delle USCA mediante professionisti del profilo di assistente sociale (anche in relazione alle risorse di cui alla Legge 77/2020);
- l'attivazione delle degenze di bassa intensità assistenziale ad assistenza infermieristica, la cui assistenza medica possa essere in capo al MMG in collaborazione con le USCA e il servizio di continuità assistenziale, e con la possibilità di consulenza specialistica. Tali degenze garantiscono risposte a pazienti dimessi dall'ospedale o che comunque non possano effettuare l'isolamento domiciliare in condizioni di sicurezza clinica e che nella fase 2 sono riconducibili all'area delle cure sub-acute/degenze di comunità;
- implementazione di modalità di fruizione di alcuni servizi territoriali alternative all'accesso diretto (scelta e revoca, attività consultoriali, commissioni medico-legali, ecc.) tramite sistemi a distanza, nel rispetto di quanto indicato all'art. 78 del vigente Codice di Deontologia Medica e relativi indirizzi applicativi.

Le ATS nell'ambito dell'attività del CRT attivano il coordinamento (ex DGR n. 3226/2020), tra rappresentanti degli Enti gestori, ASST e ospedali privati per la condivisione di buone pratiche cliniche/assistenziali, la ricognizione di eventuali bisogni formativi in riferimento al COVID-19 e per la promozione di percorsi di integrazione tra la rete sociosanitaria/sociale e quella sanitaria.

**Entro il 15 settembre 2020 il CRT predispone un piano operativo che declina l'attuazione della presente DGR in relazione alle caratteristiche e disponibilità di offerta sanitaria e socio sanitaria del territorio di competenza della ATS, ponendo particolare attenzione ad un**



**efficiente utilizzo delle diverse offerte assistenziali attraverso una fluida complementarità che ne eviti la sovrapposizione. Dovrà essere previsto il suo periodico aggiornamento in relazione alle mutate esigenze, all'andamento epidemiologico e alle criticità riscontrate.**

### **Rete delle Cure Primarie**

Secondo il paradigma della medicina di iniziativa, il MMG/PLS assicura a livello territoriale la sorveglianza del paziente COVID-19 anche nell'ambito della presa in carico del paziente cronico e fragile. Si rimanda all'ultimo "Accordo Integrativo Regionale Medici di Medicina Generale – anno 2020. Preintesa" con particolare riguardo alla contattabilità da garantire per tutta la giornata, anche con l'ausilio del personale di studio e nell'ambito della forma associativa ove esistente, in modo da contenere il contatto diretto e conseguentemente limitare i rischi di contagio dei medici e del personale stesso nonché la diffusione del contagio. Ribadendo che la chiamata urgente nella sua definizione stretta debba trovare risposta attraverso l'utilizzo dei canali del sistema dell'urgenza, si richiamano le indicazioni già fornite da Regione Lombardia in merito alla contattabilità a distanza attiva e passiva, contenute nell'allegato 1 alla D.G.R. n. 2986/2020, rimettendo alle ATS d'intesa con la struttura regionale competente e con le OO.SS. di categoria, di definire entro il 30 settembre 2020, le modalità con le quali assicurare la predetta contattabilità. Andrà assicurata altresì una risposta non necessariamente clinica, anche attraverso il personale di studio, alla problematica presentata e che in termini temporali deve essere proporzionata alla differibilità o meno della richiesta.

La sorveglianza attiva del paziente COVID-19 acquisendo anche gli elementi consolidati dalle progettualità sviluppate per la presa in carico del soggetto cronico, costituisce un terreno dove misurare la capacità delle cure primarie di elaborare ed attuare una nuova modalità di lavoro.

Pertanto per assicurare la sorveglianza proattiva sui propri assistiti e secondo le indicazioni della D.G.R. 3114/20, il MMG/PLS al fine di monitorare le condizioni di salute e contenere la diffusione dell'infezione riorienta l'organizzazione dell'attività, pur mantenendo le attività ambulatoriali che dovranno avvenire solo su prenotazione, e sviluppa in forma sistematica le attività di contatto e monitoraggio telefonico attivo/passivo indicate alle DGR 2986 del 26/3/2020.

Quanto sopra, fermo restando la corretta gestione della pulizia e disinfezione degli spazi, delle suppellettili ed attrezzature di studio nonché della dotazione dei DPI. La Regione provvede secondo gli indirizzi nazionali, in relazione alle tipologie e volumi delle attività cliniche da effettuare, e secondo l'andamento epidemiologico dell'emergenza COVID-19, a garantire canali adeguati per l'approvvigionamento di idonee quantità di DPI ai MMG/PLS.

È altresì indispensabile la condivisione con le strutture ospedaliere dei protocolli di cura anche per la continuità assistenziale, aggiornando le indicazioni già diffuse sulle terapie dei pazienti affetti da COVID-19 a cura della Rete per la valutazione farmacologica e terapeutica nei pazienti COVID-19.

AD ATS compete il coordinamento per l'attuazione di quanto sopra.

Occorre considerare che con l'arrivo dell'autunno si avvia la stagione influenzale<sup>2</sup>, con incremento di patologie respiratorie, per le quali sarà necessario garantire la corretta cura e la diagnosi differenziale con l'infezione da SARS-CoV-2, nella necessità di porre in atto gli interventi di isolamento e controllo.

**Le ATS coordinano le risorse professionali e strumentali anche rendendole disponibili ai MMG/PLS per assicurare l'attività di cura dei soggetti COVID-19 e dei pazienti cronici/fragili, da attivarsi sulla base della valutazione del quadro clinico e dei bisogni assistenziali.**

**Di seguito si elencano le risorse disponibili:**

➤ USCA.

La loro attività è coordinata direttamente dalle ATS che può avvalersene anche per l'organizzazione dell'offerta vaccinale antinfluenzale e per l'effettuazione di esami strumentali al domicilio.

L'USCA in raccordo con il MMG/PLS

- Collabora nella sorveglianza e cura degli utenti COVID-19 e dei soggetti fragili particolarmente vulnerabili al SARS-CoV-2
- Verifica isolamento casi positivi/esposti/sospetti COVID-19 segnalati in sMAINF, segnalando eventuali criticità ad ATS;
- Effettua tamponi e altri esami a domicilio (es ecografia toracica ove siano disponibili adeguate risorse professionali e tecnologiche)
- Collabora nella sorveglianza/monitoraggio domiciliare anche con strumenti di telemedicina

La ATS:

- orienta l'intervento delle USCA a supporto dell'attività dei MMG/PLS senza "comprimerne" il ruolo, soprattutto ove l'attività del MMG/PLS avviene all'interno di esperienze associative che già garantiscono cura e diagnosi anche domiciliare.
- garantisce una complementarità delle diverse offerte evitandone la sovrapposizione (ad esempio USCA v/s MMG o USCA V/s ADI COVID)
- organizza la formazione del medico USCA con la collaborazione delle ASST per le competenze specialistiche.

➤ INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IdFC) è dipendente della ASST, afferisce alla Direzione Socio Sanitaria; è responsabile della gestione dei processi infermieristici in ambito comunitario. Attraverso la prossimità, la proattività e l'approccio multiprofessionale, promuove un'assistenza di natura preventiva, curativa, riabilitativa e palliativa differenziata per bisogno e per fascia d'età, attraverso interventi orientati a garantire risposte eque ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento. Sostiene e coordina il percorso dell'assistito attraverso l'informazione, l'educazione e la promozione del self-care, la presa in carico proattiva, sviluppando un percorso assistenziale

---

<sup>2</sup> NB: In merito allo svolgimento della campagna antinfluenzale si rinvia alla DGR specifica

definito interdisciplinariamente, al fine di promuovere, attraverso il lavoro di rete, l'integrazione tra la persona assistita, la sua famiglia e i diversi interlocutori e servizi presenti nel sistema salute territoriale (MMG/PLS e altri professionisti, ambulatori, ospedali, strutture socio-sanitarie residenziali, semiresidenziali, domiciliari, servizi sociali comunali, associazioni di volontariato, ecc.).

Nell'attuale condizione di emergenza epidemica, con particolare riguardo alla sua possibile recrudescenza l'IdFC può contribuire attraverso:

- il monitoraggio delle persone in isolamento domiciliare (compresa eventuale esecuzione del tampone a domicilio) e dei pazienti fragili in accordo con i MMG/PLS;
- l'integrazione con i MMG/PLS e con gli Enti Erogatori ADI e ADI-COVID
- il monitoraggio del percorso diagnostico in particolare le tempistiche degli step interfacciandosi con i servizi diagnostici della ASST
- l'educazione alle famiglie in merito ai comportamenti per l'isolamento

Gli strumenti di governo per garantire la continuità e l'integrazione delle cure e dell'assistenza riguardano il contributo alla Valutazione Multidimensionale (VMD), il case-management delle dimissioni/ammissioni protette e dei Piani Assistenziali complessi.

L'IdFC si riferisce in caso di bisogni intercettati e di criticità rilevate al MMG/PLS, al fine di condividere le strategie di azione.

Le ASST sono tenute a mettere a disposizione gli IdFC per le attività sopra richiamate, per le necessità di assistenza territoriale indicate da ATS e condivise nell'ambito in seno al CRT.

Con apposito atto di indirizzo tecnico saranno declinate gli elementi caratterizzanti la specificità dell'IdFC, le attività (sia erogative che di coordinamento) e il setting (es: strutture di isolamento o altro), fermo restando la dovuta flessibilità per far fronte a problemi emergenti legati alla pandemia.

#### ➤ LE OSTETRICHE TERRITORIALI

Nella necessità di preservare in condizioni di pandemia la gravidanza e il post partum fisiologici attraverso la riduzione dei tempi di degenza ospedaliera per mamme e neonati, è incrementata in raccordo con la area consultoriale e specialistica della ASST e con MMG/PLS il supporto da parte delle ostetriche territoriali.

Con apposito atto di indirizzo tecnico saranno declinate le attività erogative al domicilio (ad esempio monitoraggio del benessere mamma/bambino, effettuazione Test di Guthrie) con il coinvolgimento dei Dipartimenti Materno Infantili, dei servizi consultoriali, dei PLS, fermo restando la dovuta flessibilità per far fronte a problemi emergenti legati alla pandemia.

#### ➤ PSICOLOGO

Ai fini di una corretta gestione delle implicazioni psicologiche e dei bisogni delle persone conseguenti alla pandemia di COVID-19, anche a supporto dei MMG/PLS e delle USCA, verranno individuati Psicologi per attività territoriali, così come previsto dall'art. 1, c. 7 bis della L. 17 luglio 2020, n. 77.

#### ➤ ADI E ADI COVID

ADI Covid nasce nell'ambito degli interventi in fase pandemica emergenziale (DGR 2986 del 23/3/20) al fine di garantire l'effettuazione del test molecolare con prelievo a domicilio nonché il monitoraggio della saturazione di ossigeno al fine di regolamentare l'accesso ospedaliero in un momento di grave sovraccarico della rete della Emergenza Urgenza e della assistenza ospedaliera (carico sui reparti intensivi e semintensivi).

Stante quanto sopra, in analogia con ADI ordinaria, ADI COVID confluisce nel sistema ordinario – profilo 2.

Con apposito atto verranno indicate tempistiche di adeguamento e flussi di rendicontazione.

#### ➤ CONSULENZA SPECIALISTICA AL TERRITORIO E UCP-DOM

Si richiamano le indicazioni già previste negli atti di indirizzo della fase 1 della gestione dell'epidemia sulla possibilità di consulenze specialistiche (infettivologiche, pneumologiche, geriatriche ecc.) a favore di persone COVID e croniche/fragili, comprese le consulenze palliative/UCP-DOM per pazienti in fase terminale, assistite dalla medicina generale al domicilio inclusi i soggetti ancora positivi dimessi dalle strutture di ricovero.

Nell'ambito del Coordinamento per la Rete Territoriale CRT, la ATS in collaborazione con le ASST, promuove percorsi che consentano al MMG/PLS di richiedere consulenze specialistiche, possibilmente anche a distanza (teleconsulto), con modalità diretta.

La specialistica domiciliare sarà fornita da soggetti erogatori accreditati, a supporto del lavoro di cura della medicina generale, ma anche a favore di persone ricoverate presso strutture residenziali (vedi oltre). La gestione della specialistica extra-ospedaliera dovrà prevedere modalità operative in presenza, ma anche modalità a distanza sfruttando la telemedicina. Sono incluse tra le consulenze, gli esperti/specialisti delle professioni sanitarie infermieristiche (es. wound care, stomaterapia, accessi vascolari tipo PIC), della riabilitazione, dietiste, ecc.

Si fa riferimento alla DGR 3326/2020 ed agli specifici pacchetti di prestazioni a supporto dell'attività di follow up dei pazienti Covid.

#### ➤ TELEMONITORAGGIO E TELESORVEGLIANZA

Si fa riferimento alle piattaforme già disponibili, ARIA in primis ma anche eventuali prodotti disponibili sul territorio, che devono erogare le seguenti funzionalità:

- impostazione del piano di monitoraggio (tipologie dei parametri, frequenza delle misure da raccogliere e condizioni di allarme);
- modalità di raccolta dei dati clinici inseriti su dispositivo mobile, sia manualmente dal paziente o automaticamente tramite device;
- analisi dell'andamento dei dati clinici e segnalazione di allarmi al verificarsi delle condizioni definite;
- tracciare eventuali comunicazioni originate dal paziente.

La ATS definisce nell'ambito del CRT i percorsi affinché le strutture di ricovero all'atto della dimissione, anche di soggetti ancora positivi, attivino, d'intesa con il MMG/PLS il telemonitoraggio definendo anche tipologia e tempistiche del follow up specialistico.

Alla ATS compete inoltre la verifica dei percorsi e gli eventuali necessari correttivi.

➤ NUMERO UNICO ARMONIZZATO 116117

Viene attivato il Numero Unico Armonizzato 116117, numero europeo/nazionale per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari che svolgerà anche le funzioni della Centrale operativa regionale in coerenza con quanto previsto dall'Art. 1, comma 8 della Legge 17 luglio 2020, n. 77 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19".

Il NUA 116117 non solo sostituisce i numeri di chiamata alla Continuità assistenziale (ex Guardia medica) ma consente anche il raccordo con il servizio Emergenza/Urgenza nelle 24 ore.

Il numero unico 116117 risponde inoltre alle chiamate rivolte al numero verde di emergenza COVID-19 800894545, attivato durante l'emergenza, nella fase 1.

### **Rete delle unità di offerta extraospedaliere**

➤ RETE DELLE UNITÀ DI OFFERTA RIABILITATIVE ex art.26, SUBACUTE, POST ACUTE

▪ Centrale Priamo

La Centrale Priamo presso il PAT ha gestito l'incontro fra domanda di dimissione delle strutture ospedaliere e rete di offerta di cure intermedie, sub e post-acute e di riabilitazione, differenziando le strutture in grado di organizzare l'isolamento dei pazienti COVID.

Si ritiene utile nella fase 2 mantenere la funzione di *centrale* per la gestione degli accessi alle cure subacute ed intermedie per le dimissioni dagli ospedali.

Verrà altresì valutata la possibilità di ampliarne le funzioni assegnando anche:

- le accettazioni dal territorio;
- l'attivazione di ADI anche presso strutture alberghiere di isolamento;
- i trasferimenti programmati dalle strutture socio-sanitarie verso le strutture ospedaliere.

L'assegnazione alle diverse strutture sarà coerente con la verifica dello status del soggetto da trasferire: se test molecolare positivo, sarà indirizzato esclusivamente verso strutture in grado di assicurare l'adeguato isolamento organizzativo e strutturale.

▪ Ampliamento dell'offerta di posti di cure sub-acute

Nelle more dell'attuazione della DGR 2019/2019, le ATS promuovono, in accordo con le ASST la rimodulazione dell'offerta dei posti di cure sub-acute sia attraverso la riconversione di posti di riabilitazione sia con la riattivazione di quelli attualmente non operativi.

Tutti i posti disponibili devono essere visibili nella centrale PRIAMO, differenziando le strutture in grado di organizzare l'isolamento dei pazienti COVID.

Inoltre, le degenze di sorveglianza attivate nella fase emergenziale di COVID saranno ricondotte nell'area delle cure subacute/degenze di comunità, prevedendo l'ingresso dei pazienti non solo dal territorio, ma anche dall'ospedale/PS.

➤ ALTRE UDO SOCIOSANITARIE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALE

In merito alla regolamentazione degli accessi e della loro conduzione si rimanda alle DGR 3226 e successivi atti di aggiornamento.

Si sottolinea la peculiarità di queste strutture, stante la fragilità dei soggetti afferenti e la necessità di preservarle il più possibile dal rischio COVID.

Ad esse si applicano tutte le modalità di sorveglianza e controllo sopra richiamate, nonché gli strumenti a supporto quali tele-monitoraggio e consulenza specialistica strutturata, la condivisione con le strutture ospedaliere dei protocolli di cura anche per la continuità assistenziale.

Ad ATS compete il coordinamento per l'attuazione di quanto sopra.

Per tutte le unità di offerta extra ospedaliere per anziani, persone con disabilità e altri soggetti in condizioni di fragilità, come previsto della legge 77/2020 art 1-ter c.1 e 3, la Regione provvede, in relazione alle tipologie e volumi delle attività cliniche da effettuare, e secondo l'andamento epidemiologico dell'emergenza COVID-19, a garantire canali adeguati per l'approvvigionamento di idonee quantità di DPI.

### **Sub allegato 1 – flusso segnalazioni**

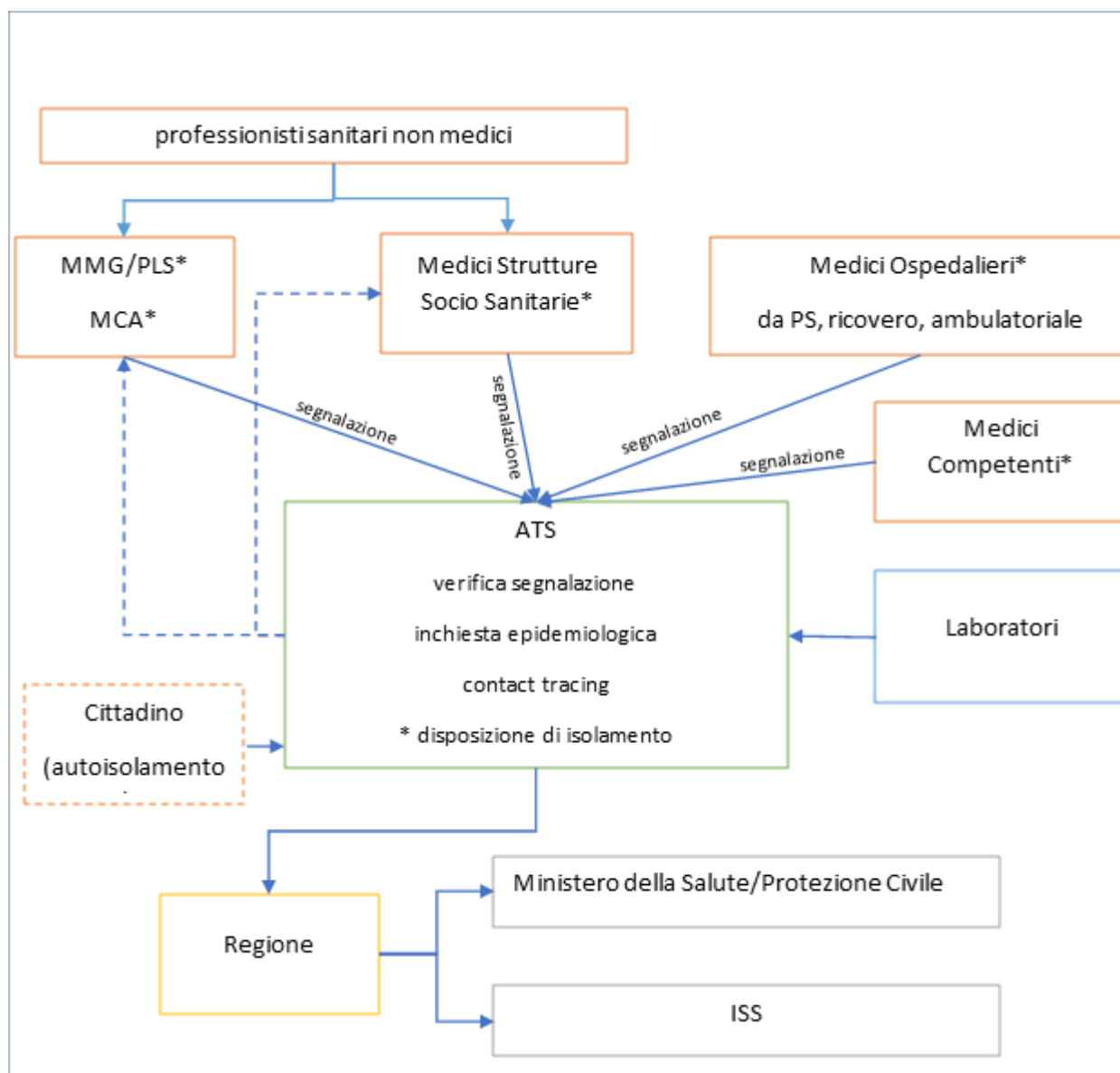
Per le definizioni di caso – *sospetto, probabile, accertato* – si fa riferimento alle specifiche circolari ministeriali aggiornate in relazione agli indirizzi dell'OMS.

Definizione di *contatto*: persona esposta ad un caso probabile o confermato COVID-19 in un lasso di tempo che va da 48 ore prima dell'insorgenza dei sintomi fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso. Se il caso non presenta sintomi, si definisce contatto una persona che ha avuto contatti con il caso indice in un arco di tempo che va da 48 ore prima della raccolta del campione che ha portato alla conferma e fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso.

Definizione di *contatto stretto*: (*esposizione ad alto rischio*) di un caso probabile o confermato:

- una persona che vive nella stessa casa di un caso COVID-19;
- una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso COVID-19 (per esempio la stretta di mano);
- una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di almeno 15 minuti;
- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso COVID-19 in assenza di DPI idonei;
- un operatore sanitario o altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei;
- una persona che ha viaggiato seduta in treno, aereo o qualsiasi altro mezzo di trasporto entro due posti in qualsiasi direzione rispetto a un caso COVID-19; sono contatti stretti anche i compagni di viaggio e il personale addetto alla sezione dell'aereo/treno dove il caso indice era seduto.

Nello schema che segue si riassumono i soggetti ed i flussi di Segnalazione caso sospetto, disposizione di isolamento, *contact tracing*.



In tabella si riassumono le tipologie di *sospetto COVID 19* che comportano segnalazioni in sMAINF.

setting /tipologia caso sospetto	segnalazione su sMAINF	tempistica segnalazione su sMAINF
pronto soccorso, paziente sintomatico - caso sospetto COVID	OBBLIGATORIA	immediata alla rilevazione di sintomi
pronto soccorso, paziente NON suggestivo COVID ma con rilevazione della temperatura temporanei $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ a prescindere dal motivo per cui è in PS	OBBLIGATORIA solo in seguito a esito positivo del tampone (fermo restando che il tampone sia eseguito contestualmente all'accesso in pronto soccorso, viceversa permane l'obbligo alla segnalazione come nel caso precedente)	in seguito a esito positivo del tampone. (fermo restando che il tampone sia eseguito contestualmente all'accesso in pronto soccorso, viceversa permane l'obbligo alla segnalazione come nel caso precedente)
Ospedale, paziente da ricoverare o già ricoverato per patologia diversa da Covid-19	OBBLIGATORIA solo in seguito a esito positivo del tampone, (fermo restando che se un paziente ricoverato sviluppa sintomi covid la segnalazione deve essere fatta)	in seguito a esito positivo del tampone (fermo restando che se un paziente ricoverato sviluppa sintomi covid la segnalazione deve essere fatta)



	immediatamente alla rilevazione di sintomi)	immediatamente alla rilevazione di sintomi)
Ambulatorio, con rilevazione della temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$	OBBLIGATORIA	immediata alla rilevazione di sintomi
Screening Operatori sanitari / sociosanitari (asintomatici o con temperatura $>37,5^{\circ}\text{C}$ all'accesso al lavoro)	OBBLIGATORIA solo in seguito a esito positivo del tampone	in seguito a esito positivo del tampone
Screening Sierologici esiti positivi per cui necessita un tampone	OBBLIGATORIA solo in seguito a esito positivo del tampone;  in seguito a quanto previsto dalla DGR 3326/2020 la richiesta può essere fatta anche per prenotare il tampone	in seguito a esito positivo del tampone  oppure in seguito a esito test sierologico per prenotare il tampone
Tampone per Chiusura quarantena	NO (neanche per esito positivo)	NO
paziente sintomatico non rientrante in altre categorie	OBBLIGATORIA	immediata alla rilevazione dei sintomi
operatori RSA/RSD/Altre strutture sociosanitarie	OBBLIGATORIA solo in seguito a esito positivo del tampone	in seguito a esito positivo del tampone
ospiti RSA/RSD/Altre strutture sociosanitarie	Se attività di screening OBBLIGATORIA solo in seguito a esito positivo del tampone Se in seguito a sintomi OBBLIGATORIA	Se attività di screening in seguito a esito positivo del tampone Se in seguito a sintomi immediatamente
Casi sospetti all'attenzione del MMG /PLS /MCA	OBBLIGATORIA	immediata alla rilevazione di sintomi
Richiesta tampone da extra SSR (il privato cittadino o quelli dei percorsi aziendali privati)	OBBLIGATORIA solo in seguito a esito positivo del tampone	in seguito a esito positivo del tampone
tampone da Segnalazioni dirette da ATS		
tampone da Medico competente aziende	OBBLIGATORIA	immediata alla rilevazione di sintomi
contatti di caso	I contatti sono già segnalati in sMAINF, ove non già segnalati è possibile fare segnalazione con richiesta tampone  In caso di esito positivo di un tampone ai contatti è OBBLIGATORIO attivare una segnalazione sMAINF	immediata alla rilevazione della positività
CASI POSITIVI (non rientranti in altre categorie)	OBBLIGATORIA solo se non già segnalato precedentemente	
Contatti App Immuni	OBBLIGATORIA	immediata alla rilevazione della richiesta da App immuni

## **Sub allegato 2 - Controllo del contagio**

### **Isolamento domiciliare**

L'isolamento domiciliare è finalizzato ad interrompere la catena di contagio strutturando la separazione dei casi e dei contatti da altri soggetti sani.

L'isolamento domiciliare, sia obbligatorio che volontario, è disposto dal Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria della ATS.

Viene comunicato all'interessato che firma per presa visione e al MMG/PdF.

### Comportamento del paziente per garantire un effettivo isolamento

#### *A. Misure di prevenzione*

- La persona sottoposta ad isolamento domiciliare deve rimanere in un locale dedicato, da aerare frequentemente aprendo le finestre; nei locali dotati di impianti di condizionamento dovrà essere diminuita la percentuale di aria riciclata e aumentata quella ripresa dall'esterno; 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.
- In presenza di altre persone, deve essere mantenuta una distanza di almeno un metro. Deve essere evitato il contatto diretto con persone sottoposte ad isolamento domiciliare (comprese strette di mano, baci e abbracci).
- Se il paziente è sintomatico, non può ricevere visite fino ad esaurimento dei sintomi.
- Se il paziente ha sintomi di infezione delle vie respiratorie e quando si trasferisce dalla sua camera deve usare la mascherina chirurgica, il più frequentemente possibile, e praticare misure di igiene respiratoria: coprire naso e bocca usando fazzoletti quando starnutisce o tossisce, tossire nel gomito; se di carta, i fazzoletti dovrebbe essere eliminati in pattumiera chiusa e, se di tessuto, lavati normalmente; le mani devono essere lavate o frizionate con prodotto idro-alcolico immediatamente dopo.

#### *B. Monitoraggio delle condizioni della propria salute*

La persona isolata deve:

- rilevare ed annotare quotidianamente la temperatura corporea (due volte al giorno e al bisogno) ed eventuali sintomi respiratori quali tosse, secrezioni nasali, mal di gola, cefalea, comunicandolo al curante;
- segnalare al proprio MMG/PdF l'insorgenza di nuovi sintomi o le modificazioni significative dei sintomi preesistenti;
- rivolgersi al 112, informando se possibile il proprio MMG/PdF in caso di insorgenza di difficoltà respiratorie.

### Assistenza sanitaria del soggetto isolato a domicilio

Per il monitoraggio delle condizioni di salute di questi soggetti occorre sviluppare un forte legame tra ATS e MMG/PdF

A questi ultimi, anche per il ruolo e la conoscenza del paziente, si chiede di collaborare per:

- Informare/spiegare alle persone in isolamento e ai loro famigliari le misure da adottare durante la quarantena;
- Garantire la ricezione delle segnalazioni riguardanti l'insorgenza o l'aggravamento dei sintomi da parte dei soggetti in isolamento domiciliare, valutandone la fondatezza anche attraverso la visita domiciliare se ritenuta necessaria;
- Curare l'attivazione del sistema di emergenza;

- Assicurare la gestione della certificazione di astensione dall'attività lavorativa secondo le modalità indicate dagli organismi competenti.

Si sottolinea l'importanza di porre attenzione ai seguenti comportamenti durante l'assistenza sanitaria e l'accudimento di questi pazienti:

- Le persone che assistono il paziente, devono indossare mascherina chirurgica (quest'ultima non deve essere toccata durante l'utilizzo e deve essere cambiata se umida o danneggiata).
- Gli operatori sanitari che prestano cure dirette al paziente (esempio: esame fisico) devono indossare camice monouso, mascherina, protezione oculare e guanti, e dopo l'eliminazione delle protezioni, effettuare accurata igiene delle mani con soluzione idroalcolica o con acqua e sapone più e più volte al giorno
- Mascherine e guanti non possono essere riutilizzati
- I rifiuti generati dal paziente o dall'assistenza prestata devono essere smaltiti in sacchetto di plastica chiuso, temporaneamente riposto in contenitore chiuso, indi smaltito nel rispetto delle modalità previste per i rifiuti domestici.
- Le superfici dei locali utilizzati dal paziente, comprese le suppellettili devono essere prima pulite e sanificate con prodotti detergenti e successivamente disinfettate (con amuchina 0.5% o alcol) frequentemente (almeno una volta al giorno).
- Chi effettua la pulizia deve indossare un camice monouso o un grembiule dedicato e guanti monouso; se vengono usati guanti domestici, questi devono essere disinfettati dopo l'uso.
- La biancheria del paziente deve essere maneggiata con guanti e lavata in lavatrice a 60–90 °C con comuni detersivi.

### Sub allegato 3 Sistemi e flussi informativi

**Sistema integrato DB COVID-19**, motore principale del sistema di sorveglianza dove vengono acquisiti tutti i dati dei sistemi alimentanti, effettuate le elaborazioni, organizzati i dati provenienti dai flussi strutturati:

- Sistema malattie infettive (MAINF)
- Flusso Laboratori (test molecolare; test sierologico)
- Flusso ricoveri
- Flusso posti letto
- Flusso Terapie intensive
- Flusso accessi PS
- NAR

#### Sistemi di Supporto alla Sorveglianza COVID

Sistema Influnet – incremento a partire dalla stagione influenzale 2020/21 dei medici sentinella per la sorveglianza sindromica e virologica dell'influenza in modo da coprire almeno il 4% della popolazione di ogni distretto.

Sorveglianza delle Terapie Intensive - apposito database (tramite cartella di rete condivisa e strumenti di office automation) che permette l'analisi quotidiana della prevalenza dei pazienti ricoverati in terapia intensiva dedicati a COVID.

